

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Historia de la Medicina



TESIS DOCTORAL

**Orígenes históricos de la cirugía gastrointestinal en España
(1830-1914)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Fernando López-Rios Fernández

Madrid, 2015

TP
1927
012

Fernando López-Ríos Fernández



x-53-112471-2

ORIGENES HISTORICOS DE LA CIRUGIA
GASTRO-INTESTINAL EN ESPAÑA (1830-1914)

Departamento de Historia de la Medicina
Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid
1987



Colección Tesis Doctorales. Nº 17/87

© Fernando López-Ríos Fernández
Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 28015 Madrid
Madrid, 1987
Xerox 9400 X 721
Depósito Legal: M-5487-1987

ORIGENES HISTORICOS DE LA
CIRUGIA GASTRO - INTESTINAL EN ESPAÑA
(1830 - 1914)

Trabajo que, para optar al título de
Doctor, presenta el Licenciado en Me
dicina y Cirugía
Fernando López-Ríos Fernández
Madrid, 1977

A M^a CRISTINA

el amor, la compañía, el aliento

A FERNANDO, SANTIAGO y JAVIER

la alegría, el estímulo, el descanso

INDICE

	<u>Páginas</u>
JUSTIFICACION	1
Capítulo I.- CARACTERISTICAS DE LA CIRUGIA ESPAÑOLA EN EL SIGLO XIX	5
Periodo absolutista	7
Periodo de transición	10
Periodo de realidades	14
Capítulo II. ORIGENES DE LA CIRUGIA ABDOMINAL	26
I. La ovariectomía en España	26
II. Introducción de la laparotomía en España.	34
III. Aportaciones originales a la técnica de - la laparotomía	42
Capítulo III. CIRUGIA GASTRICA	50
I. Introducción de la gastrectomía en España	54
II. Introducción de la gastrectomía en España	58
III. Introducción de la gastroenteroanastomo- sis en España	74
IV. Aportación española a la cirugía gástrica	83
V. Significado de la cirugía gástrica en Es- paña	101

Indice/2.

Páginas

Capítulo IV. CIRUGIA INTESTINAL	111
I. Evolución de la técnica de la sutura intestinal aplicada al tratamiento de las lesiones intestinales	113
II. Evolución de la cirugía intestinal en relación con el tratamiento de la obstrucción intestinal	130
A) Ano preternatural	135
B) Resecciones intestinales	149
C) Técnicas de herniorrafia	164
III. Nacimiento de la apendicitis aguda como enfermedad quirúrgica	185
IV. Significado de la cirugía intestinal en nuestro país	193
Capítulo V.- CIRUGIA ANO-RECTAL	202
I. Métodos originales de tratamiento de las fisuras perianales	212
II. Métodos originales de tratamiento de la estrechez rectal	225
III. Métodos originales de tratamiento del carcinoma rectal	230
Capítulo VI. INSTRUMENTAL QUIRURGICO ORIGINAL DE NUESTROS CIRUJANOS, RELACIONADO CON LA CIRUGIA GASTRO-INTESTINAL	234

Indice/3

Páginas

Capítulo VII. DATOS BIOGRAFICOS DE LOS CREADOS DE LA CIRU GIA GASTRO-INTESTINAL EN ESPAÑA	249
CONCLUSIONES	300
BIBLIOGRAFIA.	
I. Bibliografia reseñada en el texto	310
II. Otra bibliografia	359

JUSTIFICACION

Para justificar que un cirujano del aparato digestivo realice un trabajo de Tesis sobre "Los orígenes históricos de la cirugía gastro-intestinal en España", no es preciso recurrir a argumentos personales, ni sofisticados.

"Destreza, conocimiento, buena voluntad; he aquí los ingredientes esenciales de la "eurritmia de las manos" que hace tantos siglos exigía del médico un autor hipocrático y que todavía hoy debe ser, en medio de tantos y tantos aparatos técnicos, el alma de lo que acontece en el quirófano". Aceptando que estas palabras que escribió Lafn Entralgo, con motivo del IX Congreso Nacional de Cirugía, son lo consustancial de la misma, la segunda de las premisas no puede poseerse sin conocer la historia de esa parcela quirúrgica que uno cultiva, a través del análisis del ¿por qué? y el ¿cómo? de las técnicas quirúrgicas.

Para realizar este trabajo, me acerqué a la cátedra de Historia de la Medicina que dirige el profesor Lafn Entralgo. Con él he adquirido una deuda de gratitud, ya que su generosidad me facilitó y centró el tema, a la vez que me ponía como codirector de Tesis al profesor Albarracín Teulón. Para él no es menor mi gratitud, ya que puedo afirmar desprovisto

de toda rutina protocolaria, que la realidad de este trabajo se debe a sus consejos y aliento, pues se comprendió lo difícil de la tarea y lo imposible de realizarla sin ellos, cuando quien la realiza es un aficionado historiador, que acepta que "Lo más esencial de la tarea historiográfica, es contarnos el pasado como presente "en" nosotros".

En la búsqueda de las fuentes fuimos exigentes, intentando reunir el mayor número posible de datos completos y auténticos, para traer la voz de los protagonistas de los hechos y hacer una historia como fue y no como pudo haber sido, una historia de lo que se hizo y no de lo que se hubiera podido hacer. Justo es en este momento expresar las gracias al Sr. - Rocha, que desde su puesto en la Real Academia de Medicina de Madrid, y al Dr. Danón, que a través de sus profundos conocimientos de la Historia de - la Medicina Catalana, hicieron más fácil mi labor.

Nuestro estudio comienza en 1830, periodo que en palabras de - un protagonista, "es la venturosa época en que obedeciendo los médicos y - cirujanos españoles al espíritu de civilización y progreso propio del siglo en que vivimos, y a un noble sentimiento de justo orgullo y de nacionalidad, acometen la ardua pero gloriosa empresa de elevar la medicina patria al grado de esplendor que alcanzará en tiempos más felices". Finaliza en - 1914, cuando en lento pero constante progreso nos vamos equiparando al resto de las naciones europeas.

Cierto que no hay contribuciones importantes a esta rama de la ciencia, pero ello no es motivo de renunciar a conocer nuestra propia historia, que aun así es fecunda en enseñanzas. No es lícito recordar sólo - los que tuvieron ideas geniales; también merecen evocación los que estuvieron dotados de un talento próximo al del genio, o los que con un talento -

normal animado por una gran capacidad de trabajo, a través de su quehacer - en la cirugía gastrointestinal, contribuyeron a destruir el sentido providencialista causante de la desolación de nuestra ciencia. Así como el conocimiento real de nuestra historia, aunque sólo sea en una de sus facetas, - es fácil defender con energía la creencia de que "las causas de nuestra deficiencia científica no pertenecen a nuestra naturaleza, sino a nuestra historia".

4

CAPITULO I

CARACTERISTICAS DE LA CIRUGIA ESPAÑOLA
EN EL SIGLO XIX

Durante el siglo XIX tiene lugar la transformación de la cirugía en ciencia.

De la Historia Universal de la Medicina, dirigida por LAIN - ENTRALGO (1), tomamos los siguientes textos que resumen las características generales de la cirugía de esta época y sirven de preámbulo a este estudio.

"Durante el Positivismo los cirujanos alcanzaron la categoría científica y social que hoy en día poseen. Fue lograda esta rápida mejora merced a tres victorias técnicas fundamentales, los tres pilares sustentantes de la cirugía contemporánea: anestesia, antisepsia y hemostasia. El logro de la destrucción de los tres principales enemigos del cirujano clásico -el dolor, la infección y la hemorragia- permitió el rápido y definitivo abordaje de todas las cavidades internas del cuerpo humano. El apoyo en la nueva ciencia médica del Positivismo y el rápido diseño del necesario arsenal de instrumentos quirúrgicos permitió al nuevo cirujano aplicar victoriosamente su técnica continuamente renovada. A la rapidez -sustituye la habilidad y perfección quirúrgicas, a los métodos espectantes, atrevidas y logradas incursiones en el cuerpo humano. Además, en el organismo social, el cirujano compite en categoría con el internista"(2).

"Al concluir los años 40, la anestesia se ha difundido por todo el mundo. Dos decenios más tarde, las prácticas antiséptica primero y aséptica después y la hemostasia perfeccionada, van a derrocar el viejo axioma quirúrgica Ubi pus ibi evacua, permitiendo la utilización de tales

técnicas al servicio de una mentalidad que ve en la lesión anatómica la sede y la causa de casi todos los procesos quirúrgicos de la cavidad abdominal. Ubi laesio, ibi stirpa será el nuevo lema" (3).

El progreso de la cirugía hace posible que se consoliden las especialidades nacidas en el siglo anterior (obstetricia y oftalmología) y comiencen a desligarse del saber quirúrgico general nuevas parcelas que se convertirán, en los primeros lustros del siglo XX, en las especialidades — tal como hoy las entendemos. Los franceses son los primeros en comprender — que era necesario llevar adelante la especialización de la cirugía de los — órganos abdominales.

Al iniciar el estudio de la cirugía gastro-intestinal en España, durante el siglo XIX, es imprescindible revisar, aunque sea someramente, el estado del saber quirúrgico de esa época de tan agitada historia política.

La Medicina española de la ilustración, y en particular la cirugía, tuvieron un nivel europeo que hubiera permitido acoplarnos a la medicina moderna con decoro, si no fuese por el hundimiento que en el siglo XIX — sufren las ciencias y las letras al ser arrastradas por el Despotismo Ilustrado del régimen absolutista de FERNANDO VII.

El estado de nuestra cirugía del XIX, queda claramente expresado por ESCRIBANO: "Ninguna de las grandes invenciones de la cirugía del siglo XIX, causa de su radical transformación, nacieron en España. La anestesia, la hemostasia y la asepsia, vinieron de fuera, cuando ya estaban contrastadas y difundidas por toda Europa (...) Nuestra labor ha sido modesta y humilde de copiarlas o a lo más adaptarlas a nuestro modo de ser" (4). Pero si ésto no diera idea exacta del estado de nuestra ciencia, en un artícu

lo titulado: "La Medicina Española, ante los Ingleses y los Alemanes", aparecido en 1872 (5), puede leerse cómo para los primeros "España es la nación que menos ha contribuido en Europa al progreso del arte y la ciencia de curar". El autor, más adelante, afirma: "La medicina española tiene otros timbres que la hacen digna de respeto, no en su literatura, que es pobre, ni en sus medios de adelantamiento, que son casi nulos, ni tampoco en sus elucubraciones teóricas, a que no son todos aficionados; sino en la índole particular de su criterio práctico, recto y libre casi siempre de exageraciones sistemáticas".

La coyuntura histórica de esta época tiene unas características que le son propias y que precisan, para su correcta comprensión, la separación en los tres períodos en que LOPEZ PIÑERO y colaboradores establecen en su trabajo Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX (6).

PERIODO ABSOLUTISTA O DEL REINADO DE FERNANDO VII

La España Ilustrada del siglo XVIII se había liberalizado siguiendo las nuevas corrientes europeas. Cuando finaliza la Guerra de la Independencia, en 1814, FERNANDO VII ocupa el trono y suprime inmediatamente el sistema democrático liberal y constitucional que comenzaba a prender en nuestra patria. La implantación del sistema absolutista dura diecinueve años, hasta la muerte en 1833 del rey, que contaba 49 años. A la confusión de la guerra, le sucede el desmoronamiento y derribo de nuestra ciencia por obra del poder totalitario que se vale de la censura, encarcelamientos, etc. A título de anécdota, esta depuración comprendió a GIMBERNAT, a quien se le suprimió el modesto sueldo que percibía como cirujano de cámara jubilado, situándolo en un estado tal como puede verse a través de sus propias pala-

bras: "Se halla constituido en la más amarga y deplorable situación, destituido del único medio en que fundaba su subsistencia, en la edad de más - de 84 años, casi ciego y con una absoluta física imposibilidad personal, que le tiene como separado del resto de la sociedad" (7).

El exilio de nuestros mejores cerebros y la ausencia de comunicación con el extranjero completan la obra, llevando a nuestra ciencia a la más profunda postración. Este estado se refleja en la desaparición de las - Instituciones Médicas Ilustradas y en la ausencia de periodismo médico.

Hay un pequeño resurgir entre 1820-1823, breve periodo liberal que comenzó con el golpe de estado del general Riego y finalizó cuando el - Duque de Angulema repone a FERNANDO VII como rey absoluto. Comienza un período de venganza, que con la famosa "Ley de las purificaciones" sitúa en - las cátedras a médicos incompetentes. Nuevamente se rompe la comunicación - de nuestra ciencia con Europa, que en el trienio liberal se había realizado por vía del retorno de los expatriados. Este hecho no se volverá a repetir hasta la muerte de FERNANDO VII.

Durante este período, en 1827, surge por obra de CASTELLO el - primer intento de unificación entre médicos y cirujanos. Sería impropio resumir las alternativas de la titulación médica, ya que su conocimiento es preciso para la comprensión de la historia médica del siglo XIX y debe obtenerse a través de estudios documentados (8) y (9).

No existe prácticamente periodismo médico hasta la pausa liberal en que los núcleos de Cádiz, Madrid y Barcelona originan los periódicos de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz (1820-1823), las Décadas Médico-

Quirúrgicas (1820-1828) y el periódico de la Sociedad de Salud Pública de - Cataluña (1821-1822) (10). Esta infecundidad alcanza la producción de libros y folletos, ya que ochenta y nueve son los recopilados por L. PIÑERO durante el reinado de FERNANDO VII (11). Las publicaciones quirúrgicas nacionales más importantes de la época son rancios textos de épocas pasadas (12). Me refiero al Tratado Teórico y Práctico de las hernias en general y de las estranguladas en particular, de JUAN FERNANDEZ DEL VALLE, editado en 1803; al Tratado publicado en 1822 por ANTONIO SAN GERMAN; al Examen Nuevo de Cirugía de MARTIN MARTINEZ, reeditado en 1827 y 1830 en Zaragoza y Valencia; y a la Clínica Quirúrgica de FERRER y GARCÉS de 1839.

Algo más amplias fueron las traducciones de libros quirúrgicos a nuestro idioma, fundamentalmente de autores franceses. En 1813 SANTIAGO GARCIA tradujo la obra de BENJAMIN BEEL titulada Sistema o Curso Completo de Cirugía; los Elementos de Cirugía de BEGIN, traducidos por BALSEIRO y ACENERO, en 1827; DELGRAS Y ARGUMOSA en 1828 traducen Los Nuevos Elementos de Patología Médico-Quirúrgica o Compendio Teórico Práctico de Medicina de L. Ch. ROCHE; y la traducción de AVILES en 1830 de la obra de TABERNIER, El Manuel de Cirugía serán los textos que sustentarán el saber quirúrgico de la época.

Desde el punto de vista práctico, a los cirujanos de este periodo no se les puede negar igual nivel que a sus colegas europeos. No sucede lo mismo con nuestra literatura, que prácticamente fue nula y carente de originalidad. Nuestros cirujanos fueron meros expectadores en esta época denominada de las "temeridades quirúrgicas", simbolizada en la ligadura de la aorta abdominal (ASTLEY COOPER).

Los cirujanos de esta etapa fueron: ANTONIO SAN GERVASIO (1755 - 1833); JOSE RIVES Y MAYOR (1758 - 1842); PEDRO CASTELLO Y GINESTA (1770 - 1850).

PERIODO DE TRANSICION (1833 - 1868).

Este período de lenta recuperación, etapa intermedia, permitirá el renacer de nuestra ciencia en el último tercio del siglo. La guerra civil -llamada primera guerra carlista- mantuvo durante 7 años enfrentados a los partidarios del Infante Don Carlos con los de su sobrina Isabel II, bajo la regencia de su madre María Cristina de Borbón. El Convenio de Vergara supone la victoria de las armas liberales, mandadas por el General Espartaco. La monarquía se mantiene conservadora, pero no puede evitar que en 1840 sea nombrado Regente el General Espartero. Este período dura sólo dos años, pues en 1843 es derrocado y nombrada mayor de edad, a los 13 años, Isabel II. Desde entonces, hasta su destronamiento por la Revolución de 1868, el país vive una situación política de enorme turbulencia, a pesar de lo cual la ciencia médica, aun con soporte científico débil, experimenta un gran progreso, si se compara con la etapa anterior. Ello se debe, de forma terminante, a la desaparición de la autocracia absolutista, que tiene su expresión en la vuelta de los exiliados políticos y una mejor comunicación con Europa. El resultado es el desarrollo del periodismo médico y la incorporación de las novedades de la medicina europea, por conducto de Francia, aunque también Alemania anuncia tímidamente la influencia que tendrá en el período siguiente.

En esta etapa, tomando el término de LOPEZ PIÑERO (13), el científico español nace como "inadaptado social", ya que su obra se deberá a su

esfuerzo personal. Las obras y las instituciones españolas de todo el siglo XIX, son únicamente el producto del esfuerzo personal o a lo sumo del de pequeños grupos aislados. No hay continuidad, mueren con su creador la mayor parte de las veces, ya que en muy pocos casos tienen una prórroga que les concede la admiración que el maestro despertó en sus discípulos.

El estado de la cirugía de estos años, queda esquematizado con las palabras de RUBIO: "Ustedes no pueden calcular el estado de la Cirugía Española allá por el año 50. Ciertamente que, en las grandes capitales, algún — que otro singular varón de esos que nacen predestinados, mantenía la bandera de la Cirugía, a regular altura. Por entonces, y aún antes, florecían Argumosa y Toca en la Corte. En Valencia, los Romagosa y Armet; y en Cádiz, — los Benjumeda y Ceballos. En Sevilla, Marcella y los Romero, y en alguna otra capital de primera clase algún que otro cirujano ilustrado y más o menos diestro.

Pero preciso es confesarlo: fuera de eso, el nivel general no podía estar a menos altura. No se sentían aún los efectos de haber unificado la carrera de Medicina y Cirugía, dando por resultado esa profunda división que a los cirujanos les tocaba la peor parte en instrucción, conocimientos y respeto social. Para la práctica, realmente los cirujanos constituían una clase abigarrada que, empezando en el tipo de cirujano latino, concluía en el barbero, que sangraba y arrancaba muelas. De entre éstos, indiferentemente latino o romancista, el que salía con alguna disposición, o sólo con mayor atrevimiento se dedicaba por rutina a hacer muy limitado número de operaciones. Había unos que sacaban zaratanes; otros que tenían suerte para — operar fístulas de ano; alguno que un contado caso cortó un músculo, y — otros que tenían gracia para sacar la piedra" (14).

Si estas líneas reflejan el saber quirúrgico de la época, deben ser correctamente valoradas, ya que como en toda caricatura existe una acentuación de los elementos característicos. Pues la cirugía cuenta con un número importante de nombres que con destreza, experiencia y práctica admirable, realizan intervenciones inéditas e inventan soluciones nuevas a problemas viejos.

La hazaña técnica de la cirugía del Romanticismo, la anestesia, es rápidamente conocida. En 1847, aplicaron el éter y el cloroformo CAS- TELLS y MENDOZA (15) en Barcelona. BASILIO SAN MARTIN y OLAECHEA es el importador de la anestesia general en España (16), y FEDERICO RUBIO es el primero que sistemáticamente emplea el éter y el cloroformo (17). Denunciará también la mala calidad de estos productos: "Clama al cielo que cuando tanto trabajo cuesta descubrir o inventar alguna cosa para alivio del hombre, venga a hacerlo ilusorio el sórdido interés" (18).

No sucede lo mismo con la antisepsia. Es conocida entonces, pero no le conceden importancia. Pertenecen por tanto estos cirujanos, desde el punto de vista práctico, a la era prelisteriana (19).

La inauguración del periodismo médico tiene lugar en 1834, con la creación del Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia, de favorable acogida en su nacimiento. Se publicó hasta 1854, que al unirse a La Gaceta Médica sustituye su nombre por El Siglo Médico. Durante este periodo se publicaron cuarenta periódicos, algunos de ellos de vida muy breve. Destacaron: Revista Mensual de Medicina y Cirugía (Cádiz 1839-1847); Boletín del Instituto Médico Valenciano (Valencia 1841-1896); Gaceta Médica, periódico de medicina, cirugía y farmacia, oficial del Instituto Médico de Emulación (Ma-

drid 1845-1853); y El Genio Médico-Quirúrgico, que tuvo como antecesores - al Genio Quirúrgico y El Eco de los Cirujanos (20).

La cultura de nuestros cirujanos se alimentó con los textos de: SALVA, Observaciones de Cirugía (1835); de FRANCISCO JOANICH, Compendio de Autoplastia con arreglo a la doctrina de Blandin (1840); Manual de Afectos externos de GARCIA GALTES (1842); El Manual de Afectos externos, imprimido por J. ALARCON, que motivó la enconada disputa con Argumosa que se consideraba robado; los doctores MENDEZ ALVARO y NIETO SERRANO publicaron en 1843 los Elementos del arte de los Apósitos; CHINCILLA, Compendio de Cirugía según los principales autores (1846); Lesiones orales de Patología externa — por CIL y BORES, redactadas por CADANELLAS (1847); ANTONIO MENDOZA, autor — de Reseñas Quirúrgicas (1847-1848) y de Estudios Clínicos de Cirugía; JUAN VICENTE HEDD publicó en Valencia, en 1848, una Recopilación de las observaciones recogidas en diferentes hospitales de París; Compendio de Cirugía de ARGUMOSA, que vio la luz en 1856; CREUS y MANSO compuso en 1862 su estudio sobre Resecciones Subperiósticas; y GUIJARRO y MALO en 1866, publica su Tra- tado de operaciones quirúrgicas en tres tomos (21).

Si aún los trabajos españoles no son muy numerosos, ya existe calidad. Es digno de destacar de todos los citados el Compendio de Cirugía de ARGUMOSA, libro claro y ordenado, que dada la fecha de publicación y la situación de su autor no tuvo gran difusión y fué suplantado como libro de texto por las traducciones francesas.

Mayor abundancia e importancia es la de las traducciones. De TA VERNIER es traducido su Manual de Clínica Quirúrgica en 1846, por los redac- tores de la Biblioteca de Medicina y Cirugía; de CHELLIUS de Heidelberg el

Tratado completo de cirugía y operaciones, 1847. La famosa Patología Externa de VIDAL DE CASIS, traducida por HENDEZ ALVARO, logró repetidas ediciones, y desde la segunda profusamente ilustrada con grabados en madera intercalados en el texto. El Manual de Medicina operatoria de MALGAIGNE, que desde 1835 a 1875 alcanzó ocho ediciones, junto con los Nuevos Elementos de Medicina Operatoria de VELPEAU, tuvieron enorme circulación. También se tradujeron las obras de BOYER (Tratado de las enfermedades quirúrgicas), de DUPUYTREN (Leciones orales de clínica quirúrgica), SEDILLOT (Tratado de medicina operatoria y vendajes y apósitos), de GERDY (Tratado completo de vendajes), NELATON (Tratado de Patología Quirúrgica), obra esta que ejerció hasta fines de siglo gran influencia en la mentalidad quirúrgica. Es decir, la calidad y cantidad de traducciones presiden el quehacer de nuestros cirujanos.

Los de mayor prestigio, en este período, mitad del ochocientos, son: DIEGO DE ARGUMOSA (1792-1865), MELCHIOR SANCHEZ TOCA (1804-1880); PEDRO GONZALEZ VELASCO (1815-1882); RAFAEL MARTINEZ MOLINA (1816-1888); JUAN CEBALLOS (1818-1875); SANTIAGO GONZALEZ ENCINAS (1836-1887); TOMAS CORRAL OÑA (1807-1882); JUAN FOURQUET Y MUÑOZ (1807-1865); y, JOAQUIN HYSERN (1804-1883).

PERIODO DE REALIDADES (1868-1902)

Mientras nuestra ciencia luchaba por alcanzar un desarrollo que nos nivelara con el saber europeo, la política va de mal en peor. Isabel II es destronada en 1868, el General Serrano es nombrado Regente y el primer ministro, General Prim, propone la candidatura de Amadeo de Saboya. Su abdicación en 1873, permite proclamarse la primera República, de breve vida. En 1874 se produce la restauración borbónica, que eleva al trono a Alfonso XII, durante diez años. A su muerte, la regencia de su viuda María Cristina de —

Habsburgo se extiende hasta 1902, en que Alfonso XIII es declarado mayor de edad. La libertad de las ideas, la tranquilidad política y el renombre de las ciencias naturales, crean un benigno clima donde nuestros científicos desarrollan su quehacer. Dice LAIN: "El hombre de 1888 espera de la ciencia natural todo lo que sólo en esperanza puede conseguirse sobre el planeta" - (22).

Los viajes al extranjero son una puerta de entrada importantísima para la incorporación de las técnicas y conocimientos nuevos. FEDERICO RUBIO y SALVADOR CARDENAL son los ejemplos más claros de esta comunicación. RUBIO es el primer español que visita Norteamérica con fines científicos; - antes visitó Inglaterra obligado por motivos políticos. CARDENAL conocerá - las clínicas de Billroth, Vollmann, Bardeleben, Thiersch, Lucke, Schede, Doyen, etc., es decir la mayor parte de ellas alemanas, ya que el interés - científico se traslada hacia esa nación. En este período es cuando se introduce en España el método antiséptico ya conocido y practicado por RUBIO. - Las traducciones de NUSSEBAUM y de LUCAS CHAMPIONIERE, facilitan la obra de los introductores y vulgarizadores de la cirugía antiséptica, mérito que nadie puede quitar a S. CARDENAL y A. SAN MARTIN. El Congreso de Ciencias Médicas de Barcelona (1888), da el espaldarazo a la antisepsia al ser aceptada unánimemente (23).

FEDERICO RUBIO (1827-1902) y CREUS y MANSO (1828-1898), son - los cirujanos fecundos que, nacidos en la etapa anterior, desarrollan la mayor parte de su actividad en ésta. Sus enseñanzas, su ejemplo hizo posible la "Generación de Sabios" que prolongó su actividad a la primera década del siglo XX. Fueron éstos: A. SAN MARTIN (1847-1908); J. USTARIZ (1848-1903); - E. CUTIÉREZ (1851-1914); J. RIBERA (1852-1912); S. CARDENAL (1852-1927); A.

ESQUERDO (1853-1921); E. CERVERA (1855-1916); A. MORALES (1858-1918); M. - FARGA (1858-1926); L. GUZDEA (1860-1916); F. RUSCA (1869-1909); J. GOYANES (1876-1964); J. RIDAS (1877-1935).

La cirugía de la primera época de la antisepsia era de necesidad, reservada a los casos de urgencia o a los procesos que por su excesivo volumen producían en el paciente verdadero peligro. Ello hace que lo — que RUBIO decía de la cirugía de los años 50, sea prácticamente repetido — por CARDENAL en 1874: "La práctica de la cirugía activa o intervencionista estaba reducida, puede decirse, a amputaciones de miembros, estirpaciones de tumores externos, algunas autoplastias fáciles, fistulas, la talla perineal. La mayor parte de esas intervenciones, por no decir todas, supuraban abundantemente, y cuando se obtenía su curación definitiva era siempre al cabo de semanas y meses. Algunos casos raros de curación por primera intención producían casi el estupor de lo fantástico. En Barcelona, por lo menos, no se abría determinada ni intencionalmente ninguna cavidad esplácnica ni articular, y yo había visto morir, asistidos por nuestros maestros — de entonces, operados de labio leporino, operados de hidrocele y hasta uno, médico por cierto, por la simple dilatación de una rínula a causa de las — hemorragias repetidas, que nadie se atrevió a vencer por la ligadura de la lingual" (24).

No fuimos más reaccionarios que otros países en aceptar las intervenciones nuevas, como se ha alegado para defender nuestras bajas estadísticas de las mismas. Tampoco fue por incapacidad técnica de aquellos cirujanos. Se debió a la reacción abstencionista que se producía después de una muerte a consecuencia de una intervención "nueva". Se debió a que los enfermos no buscaban el remedio del bisturí nada más que en casos de posición extrema.

A partir de la primera ovariectomía, comienza a progresar nuestra cirugía y se dan los primeros pasos para establecer lo que se ha llamado "la Cirugía Abdominal". En 1880, el panorama ha cambiado y uno de los cirujanos más significativos de la época, refiere con entusiasmo, cómo "las operaciones que sólo se practicaban en casos apurados hasta entonces y corriendo grandes riesgos, pasaron a convertirse en poco menos que inocuas y, naturalmente, un gran número de nuevas intervenciones (...) -conocidas pero casi abandonadas del todo por los peligros inherentes en ellas, pudieron practicarse diariamente con la mayor confianza en el éxito que se obtenía casi siempre. Fue la época de las resecciones articulares y diafisarias, del desarrollo de la ortopedia operatoria; empezaron a abordarse las cavidades esplánicas, se creó casi del todo la ginecología operatoria (...) todas las intervenciones antiguas exigidas por afecciones de la llamada patología externa podían practicarse sin temor, las nuevas sólo se generalizaban lenta y paulatinamente y a medida que iban garantizándose los éxitos" (25).

Por tanto la cirugía abdominal, al ser en su comienzo toda ginecológica, fue obra de todos los cirujanos. Al final del siglo se convertirá casi exclusivamente en digestiva, ya que GUTIERREZ y FARGAS serán los impulsores de la especialidad ginecológica en España, desligando este tipo de patología que estará desde entonces bajo el puro dominio del ginecólogo (26). Es decir, la cirugía del aparato digestivo se fué demarcando a medida que brotaron las especialidades de lo que se ha llamado cirugía abdominal. Esta es obra de hábiles cirujanos que ejecutan, introducen e implantan en nuestro país las intervenciones ya inventadas. No tuvimos hombres que crearan, hombres geniales que dejaran profunda huella en la historia de la medicina por sus concepciones geniales. Nuestros cirujanos pertenecen al grupo de los prácticos hábiles que incluso ejecutan la técnica me-

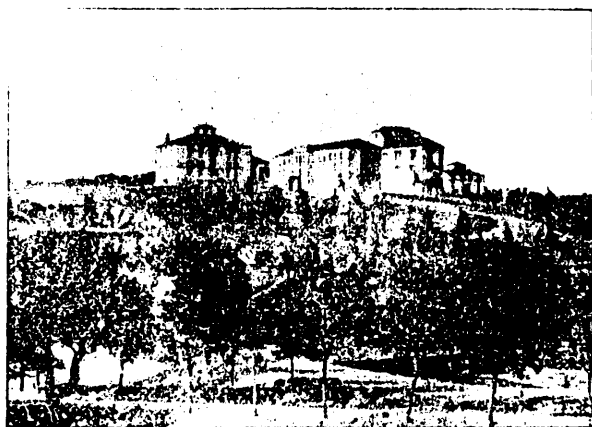
por que sus creadores. Necesitaron de esa habilidad para introducir los -- que otros crearon. También es cierto que intentaron perfeccionar, que es la labor de creación, modificando procedimientos.

Como término de este análisis, haremos unos comentarios sobre los hospitales en que se inició nuestra cirugía gastro-enterológica.

En 1880, por Real Orden, se crea el Instituto de Terapéutica -- Operatoria en el Hospital de la Princesa de Madrid. Es nombrado director FERDINANDO RUBIO. Este anhelo fue perseguido por él desde 1865, en que crea en Sevilla la Sociedad de Medicina Operatoria y en 1868 la Escuela de Medicina (27). De vuelta a España después de su estancia en Inglaterra y América, -- convencido de la necesidad de la reforma en la enseñanza, en 1876, intenta crear un centro quirúrgico, únicamente mantenido por el aporte económico de él y de sus doce alumnos. Años más tarde, el mismo RUBIO (28) explicará su fracaso: "ustedes saben que publiqué el programa y que sólo exigía el auxilio de doce matriculados. No logré ni con mucho ese número y tuve que renunciar forzosamente al proyecto". Pero por fin en el año 1880, en el hospital de la Princesa, se crea una clínica especial de terapéutica operatoria o de alta cirugía.

Este hospital se construyó en Madrid, entre la puerta de Fuencarral y el portillo del Conde Duque en 1853, con planos de Anibal Alvarez. -- Su planta era rectangular, con un pabellón central saliente de la fachada posterior (29).

El Instituto comenzó a funcionar el día primero de octubre del citado año, de forma provisional, mientras durasen las obras de reedifica--



INSTITUTO DE TERAPEUTICA OPERATORIA

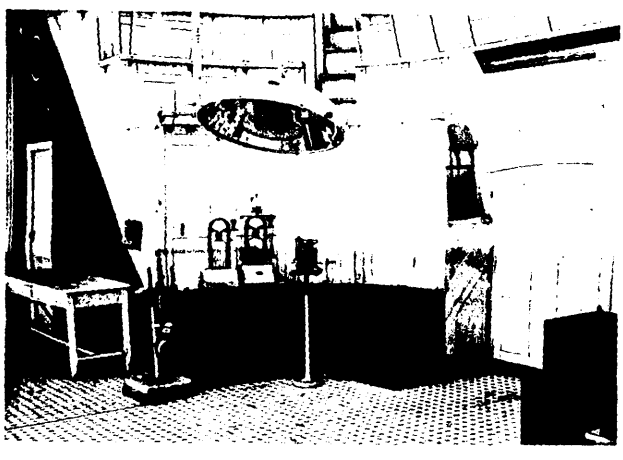
la ciencia" (32). Estos "lazos de enseñanza mutua, familiar, exenta de dogmatismo y vanidosas pretensiones", hicieron que al segundo año de funcionamiento del Instituto, las conferencias se transformasen en charlas científicas, muchas veces a la cabecera del enfermo (33). Esta doctrina estaba basada en el orden y en la disciplina, mantenida por la influencia del ejemplo. Exigía a sus colaboradores iniciativa, con cierta dosis de modestia y disciplina para evitar que degenerase en atrevimiento. También pedía constancia y observación (34). La ventaja de esa enseñanza estribaba en ser guiada y protegida. Las operaciones se practicaban primero en el cadáver y después en el vivo bajo la tutela de personas expertas. De esta forma se conseguían médicos versados en cirugía general, y posteriormente cada uno cultivaría con independencia la rama por la que se sintiese más inclinado (35).

Las virtudes de este Instituto consistieron en conceder un gran valor a la técnica, que sólo se adquiere con la enseñanza práctica, pero — además fue un centro con ambiente de progreso.

En Madrid existían otros centros, como eran el Hospital Militar de Carabanchel, el del Niño Jesús y el de la Facultad de Medicina. En este último, en 1893, se crea una nueva sala de operaciones, con la finalidad de que en ella se puedan cumplir todos los preceptos de la teoría listeriana. Su fundador, MARQUES DEL BUSTO (36), la denominará quirófano, es decir "Lugar quirúrgico diáfano o cirugía transparente", ya que por la disposición arquitectónica las operaciones pueden ser vistas por los alumnos, sin estar en la misma sala. Constaba de tres dependencias: laboratorio, sala de operaciones, y anfiteatro. La primera sala servía como vestíbulo antiséptico, de tal forma que el enfermo penetraba en el quirófano ya con vestidos asépticos. En éste existían pulverizadores, quemadores de aire, mesa de Trendelen

ción. Consta entonces con una sala de hombres, otra de mujeres y otra de niños que daban cabida a cincuenta camas. Existía además un dispensario, - la policlínica, anfiteatro y un laboratorio histológico. Posteriormente se creó una cámara de desinfección, que fue la primera de su género en España. Durante un periodo de diez y seis años, el Instituto funcionó en ese empla-zamiento, hasta que en el año 1896, se trasladó a un edificio de nueva - - creación, situado en la Moncloa y próximo a la calle de la Princesa. Su di-rector se opuso al deseo de sus alumnos de bautizar el nuevo edificio con el nombre de Instituto Rubio, ya que ordenó que sobre la entrada principal figurase Instituto Quirúrgico. Su arquitecto, Martínez Angel, lo diseñó - compuesto de cuatro pabellones. En el pabellón central se encontraba los - servicios generales, laboratorio microscópico y el anfiteatro con su sala de desinfección. Dos pabellones laterales daban cabida a veinticuatro ca- - mas cada uno. En el pabellón destinado a consultorio figuran ya las especia- - lidades y desde el punto de vista de la del aparato digestivo se fracciona- - ba en dos: ano e intestinos y estómago (30). El pabellón de infecciosos, - la capilla y el depósito de cadáveres completaban las dependencias del Ins- tituto.

Fue el primer centro del país donde se realizan las especili- - das quirúrgicas mediante la ampliación de estudios. Queda claro en pala- - bras de RUBIO (31) "No quiero decir con esto que sea una cosa enteramente nueva (...) Pero no se ha aplicado a la terapéutica operatoria, ni estable- - cido para profesores titulados, sino para meros estudiantes. Así pues, si no es la realización de un pensamiento completamente original, es un pro- - greso cuyo honor al país le pertenece". Su sistema pedagógico fue opuesto a todo dogmatismo fundado en "que la verdad ha de estar en la enfermedad - que se realiza en el enfermo, mejor que en el conocimiento declarado por -



QUIROFANO DEL HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS DE
MADRID

burg, y sillón mecánico de MARTIN GIL. Un tabique transparente separaba esta dependencia del anfiteatro, lugar destinado a los alumnos (37).

Anotamos a continuación algunos datos históricos sobre los hospitales catalanes en que se desarrolló la incipiente cirugía abdominal. En ellos, va a desarrollar su actividad la Escuela Catalana de Cirugía. Obra exclusiva de CARDENAL, que fué el maestro, que agrupa a su alrededor a colaboradores que convierte en amigos y a los que confiere su estilo peculiar — en el hacer quirúrgico, con tal fuerza, que su magisterio seguía siendo inmediato aunque se realizase a través de un discípulo. La otra Escuela de Cirugía, fue la madrileña, representada por RUBIO, RIBERA y SAN MARTIN. Tuvo límites más imprecisos y su prolongación de forma directa, no ha llegado — hasta nuestros días.

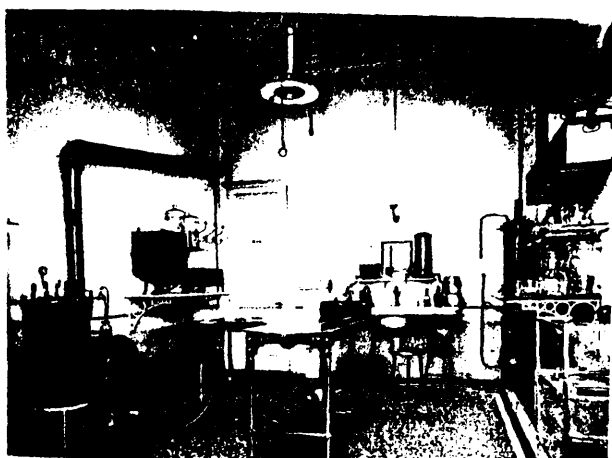
El hospital más antiguo de Barcelona es el de la Santa Cruz, — que data de 1401. Ligado al Real Colegio de Cirugía, a la Universidad de — Cervera, llega a ser el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina cuando ésta retorna a Barcelona, en 1842 (38). Durante el siglo XIX eran, como en la mayoría de los Hospitales, difícil de guardar en él los preceptos listerianos, hasta el punto de que ESQUERDO practicaba la laparotomía en él sólo en casos especiales, prefiriendo incluso los domicilios particulares (39).— Fue un Hospital más asistencial que científico, que tuvo un gran prestigio y en el que nació lo que ha merecido el nombre de "la primera escuela extra universitaria de Cataluña", que existirá con absoluta independencia a partir de 1906, fecha de inauguración de la nueva facultad y Hospital Clínico.

Otro centro que alcanzó renombre, por obra de CARDENAL, fué el Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús. Comenzó a funcio—

nar en 1879, bajo la dirección de CARDENAL, que ocupó ese cargo hasta 1927, año de su muerte (40).

Además, la Barcelona de aquella época contaba con otros centros, como eran el Hospital de Niños pobres de Barcelona, el Sanatorio Marítimo - de San José de la Barceloneta, dedicado a la tuberculosis quirúrgica, etc.- Por esa época se crearon las primeras "casas de curación o clínicas privadas". Su nacimiento no se debió sólo al afán de lucro, sino al deseo de conseguir centros en el que se pudiese realizar la cirugía moderna con seguridad. La primera de todas fue la creada por FARGAS, en 1884 (41). CARDENAL - abrió la suya cuatro años más tarde en el ensanche de Barcelona. Entre - - otras dependencias cuenta con una sala antiséptica y otra de asepsia.

Ya en el siglo XX, tiene lugar en Barcelona la creación de un - nuevo Hospital y la transformación de otro. En 1906 se inaugura la nueva Facultad y Hospital Clínico, con lo que se hace realidad una sentida aspiración de los profesionales catalanes. La compra de los terrenos tuvo lugar - en 1877 por la Diputación y Ayuntamiento, y el inicio de su construcción, - según planos de Domenech, se simboliza en la colocación de la primera piedra en 1895. Contra esta desesperante lentitud lucharon BONET, SILONIZ y GILNES Y PARTAGA. Su construcción imita al Hospital de Lariboisiere, de París, y sus instalaciones en la fecha de su inauguración no eran superadas por - los modernos hospitales europeos. Ello no impidió que las opiniones médicas se escindiesen en dos posturas antagónicas, la de los que afirmaban que era excelente y la de los adversarios que lo consideraban malo (43). Los quirófanos, en total de ocho, estaban situados en la planta baja, entre pabellón y pabellón.



SALA DE OPERACIONES ASEPTICA DE LA CASA DE CURACION
QUIRURGICA DEL DR. S. CARDENAL



SALA ANTISEPTICA DE LA CASA DE CURACION QUIRURGICA
DEL DR. S. CARDENAL

El Hospital de la Santa Cruz va a sufrir una transformación gracias al legado generoso del banquero Pablo Gil. La construcción de un nuevo edificio se realiza según los planos de Domenech y Montaner, y se inicia en 1902. Agotado el dinero que para tal fin había dispuesto el mecenas, en -- 1913 la administración del Hospital de la Santa Cruz adquiere los terrenos y pabellones ya construídos y pasa a llamarse de la Santa Cruz y San Pablo. En 1916 se inaugura, si bien la inauguración de la obra completa, por Alfonso XIII, no tuvo lugar hasta 1930.

Está formado por 48 pabellones, unidos entre sí por galerías -- subterráneas y separados por dos grandes vías diagonales, que dividen el -- Hospital en cuatro zonas, destinadas dos a mujeres y dos a hombres. De los seis pabellones para enfermedades no infecciosas, tres son para cirugía. En la casa de operaciones, es donde se encuentran las salas de operaciones, -- una para los casos sépticos y dos para los asépticos (44).

En el resto del país las intervenciones se realizan en los Hos-- pitales de las Facultades, Hospitales provinciales, clínicas de salud y en domicilios particulares.

Como epítome de este primer capítulo, podemos decir que los raggos que para GRACIA GUILLEN (45) caracterizan la cirugía occidental entre -- 1848 y 1914, son adjudicables a la nuestra. Efectivamente, tiene lugar la -- conversión de la cirugía en técnica científica, extensión a todos los terrenos y la universalización del saber quirúrgico.

CAPITULO II

ORIGENES DE LA CIRUGIA ABDOMINAL

I - La ovariotomía en España.

El desarrollo de la cirugía abdominal, y por tanto de la digestiva, precisó del dominio de la vía de acceso a las vísceras contenidas en la cavidad abdominal. Esta cavidad limitada por la bóveda diafragmática, — los músculos del suelo de la pelvis y cerrada por paredes óseas y musculares está revestida por el peritoneo. Esta serosa creó un terror insuperable para los cirujanos anteriores a lo que ha dado en llamarse "época de las temeridades quirúrgicas". Forzoso es, pues, comenzar con el estudio de la LAPAROTOMIA, que se inició en nuestro país con las primeras OVARIOTOMIAS.

Los primeros pasos en la cirugía abdominal o el comienzo definitivo de la cirugía de las cavidades se debe a la ovariotomía. Los éxitos de esta intervención aportan pruebas indiscutibles de que ni el peritoneo ni — ninguna otra serosa se rebelará contra el bisturí si es manejado según arte. Desde este momento las vísceras digestivas serán objeto de operaciones más o menos especiales.

Gracias a la ovariotomía, el cirujano realiza sus primeras laparotomías, entendiendo por tales toda operación que, mediante la apertura de las paredes del abdomen, penetra en la cavidad del mismo con el fin de cumplir indicaciones diferentes. Hasta la adopción por los cirujanos de esta — intervención y posteriormente la generalización de la laparotomía, la cirugía abdominal quedaba exclusivamente reducida al tratamiento de las heridas, ya fuesen penetrantes o no penetrantes.

Desde tiempos remotos la ovariectomía es conocida y usada. El periodo científico comienza en el siglo XVIII, al ser practicada por THEDEN, POTT, DE LAPORTE y SAMONNIER (46). Como intervención reglada fue realizada en 1809 por Mac. DOOVEL. Posteriormente, en 1819, en Alemania la practicaba CHYMAR, D'IMY y WURLEMBERG y en Francia NELATON, BACH, MAISSONEUVE, SEDI-LLLOT, etc.; pero esta técnica no se impone, hasta que SPENCER WELLS se convierte en el primer ovariectomista de Inglaterra y sus resultados la convierten en rutinaria (47). Durante el primer periodo sufrió la censura y los estigmas más terribles, al ser considerada operación horrorosa (VELPEAU), -- atributo de la justicia (MOREAU), u operación radical (MALGAIGNE). Estas duras críticas desaparecen al convertirse en operación salvadora, ya que la mortalidad del 34 por 100 de las primeras series de SPENCER WELLS, en 1858, disminuye a un 10 por 100 en 1880 (48). Por esta época LE FORT (49) afirma: "La ovariectomía es una operación que raras veces ofrece dificultades; es -- por lo común de las más fáciles y sencillas y por lo tanto todo cirujano -- puede y debe practicarla cuando esté bien indicada".

En España se realizó la primera ovariectomía en 1863, antes que en Suiza, Bélgica y cuatro años antes de que en Italia se registrase un caso de curación. Sin embargo, es el país de Europa donde más lentamente es aceptada, como lo demuestra el dato de que desde 1883 a 1886 se realizaron más ovariectomías que en los diecinueve años que siguieron a la primera. Las pretendidas justificaciones de menor frecuencia de tumores ováricos (50), -- la alta mortalidad de las primeras series (primeros cincuenta casos, mortalidad 54 por 100), mayor gravedad de la intervención por el clima, el respeto hacia el individuo enfermo que impide convertirlo en víctima de nuestros ensayos, o que el mayor pudor de nuestras mujeres oculte la lesión, no son válidas. La lenta introducción de la ovariectomía en España, en la época en que está ya en su madurez en el resto de Europa, se debe a las profundas --

causas analizadas en el primer capítulo, que en resumen sintetizamos como — la consecuencia de la ausencia de espíritu investigador sumado a cierto grado de xenofobia que impide aceptar los adelantos. Que este retraso no se debió a la falta de habilidad de nuestros cirujanos es claro, pues las primeras cincuenta intervenciones fueron realizadas por veinte operadores.

Dejaremos para los historiadores el dilucidar a quién le corresponde el mérito de ser el primero en practicar la ovariectomía en nuestro país, ya que algunos trabajos reclaman para RICARDO MENDEZ PIEDRA CASARIEGO (51) este honor. Discípulo de SANCHEZ TOCA y CORRAL OÑA, vió operar a SPENCER WELLS y parece ser que realizó dicha intervención en 1861 en Luarca. — Mientras estos datos no puedan ser demostrados con el rigor que la historia requiere tendremos a FEDERICO RUBIO Y GALI (52) como introductor de la ovariectomía en España, ya que el 5 de octubre de 1863 realizó en Sevilla la intervención. La enferma murió al quinto día, pero como el mismo RUBIO dice — en la publicación del caso en El Siglo Médico: "Este suceso no debe desanimarnos". Efectivamente, en 1864, vuelve a practicar la intervención, y esta vez con curación de la enferma. Hasta 1868 realizará cuatro intervenciones más, con un sólo caso de curación.

Sólo un cirujano de la capacidad científica, destreza quirúrgica y calidad humana de RUBIO, fue capaz de abrir nuevos derroteros en contra de la opinión. Años más tarde les dirá a sus compañeros del Instituto de Terapéutica Operatoria: "Para ser cirujano se necesita muchas veces ir a Roma por todo; el peligro del crédito, de la honra y de perder la clientela, se ofrece por desgracia con harta frecuencia, y hay que saber arrastrarlo, — so pena de convertirse en un tímido pacato, y en un egoísta que por salvar la responsabilidad eluda el cumplimiento del deber" (53).

Animado por este ejemplo, en 1872 GOMEZ TORRES, de Granada, -- practica la ovariectomía con feliz éxito. Le siguen los éxitos de MANRIQUE -- DE LARA (1873), CREUS (1874), LOSADA (1874), RUBIO (1875), REVUELTAS (1875), CREUS (1875), ENCINAS (1877) (54). Así se llega al año 1878 en que los preceptos listerianos han penetrado en nuestro país y se aplican por CREUS, ENCINAS, RUBIO, DEVESA, en sus ovariectomías, que se realizan bajo una atmósfera antiséptica, que repetirán ya todos los cirujanos (55).

La primera ovariectomía practicada en Barcelona tuvo lugar en -- 1880, realizándola FARRERAS en un quiste multilocular con numerosas adherencias. Esta intervención, al igual que la de VIDAL SOLARES, en 1881, y la de BONET, son consideradas como incompletas, por lo que hay que esperar hasta el 24 de noviembre de 1881, para que S. CARDENAL practique su primera ovariectomía e inicie su serie de buenos resultados (56).

Vemos que desde la primera ovariectomía de Sevilla (1863) a la -- primera de Madrid (1873) y, desde ésta a la primera de Barcelona (1880), -- existe una diferencia marcada de tiempo, exponente de la premiosidad de -- nuestra ciencia.

CARDENAL (57), desde 1881 a 1890, practica cuarenta y ocho ovariectomías, con 16,4 por 100 de morbilidad. FARGAS (58), en similar periodo consiguió una estadística de treinta y ocho casos, con un 20 por 100 de mortalidad, comenzando su primera intervención en 1882 y perdiendo sólo uno de sus primeros diez casos. Deben figurar también BATLLE, SOJO, A. ESQUERO, E. CERVERA y E. GUTIERREZ como nombres a recordar en la historia de la ovariectomía.

La aplicación del método de Lister a la ovariotomía (59) se debe a los cirujanos alemanes SCHROEDER y NUSSBAUM, que lo pusieron en práctica en 1878. CARDENAL (60), introductor del método antiséptico, realiza sus ovariotomías teniendo las precauciones extremas de impedir la penetración de sustancias infecciosas en la cavidad abdominal. FARGAS, asimismo, extremó las medidas para que sus intervenciones estuviesen rodeadas de una perfecta antisepsia, por lo que se convirtió en un ferviente partidario de la misma, primero, y luego de la asepsia. Las soluciones fenicadas y otros agentes microbicidas en mayor o menor grado eran tóxicos y sus resultados ilusorios. Las medidas de asepsia, como son la limpieza extrema, la esterilización por el calor de los instrumentos, el lavado peritoneal con agua hervida y el drenaje de la cavidad abdominal, cuando es preciso, previenen la infección.

Los materiales usados en la ovariotomía han variado. La descripción de un cirujano de la primera época, o época de la cirugía de necesidad, en que la ovariotomía era una de las operaciones más arriesgadas, es un testimonio: "Los materiales e instrumentos necesarios para la ovariotomía varían según el operador, pero pueden reducirse, en general, a lo siguiente: como materiales, seda y cordones asépticos para las ligaduras y suturas, media docena de esponjas grandes y finas, media o una docena de servilletas o paños de hilo, algunas piezas de un metro cuadrado de franela, algodón, gasa antiséptica y vendas.

Los instrumentos que convendrá tener preparados son veinte o veinticinco pinzas hemostáticas de Pean o de Spencer Wells, cuatro o seis pinzas de ovariotomía de Nélaton o de Pean, un bisturí, una sonda acanalada, un grueso trócar de ovariotomía, con o sin aspirador, tijeras rectas y cur-



OPERACION DE OVARIOTOMIA EN LA PRIMERA EPOCA DE
LA CIRUGIA ANTISEPTICA

vas, una larga aguja con mango, agujas comunes de sutura y cuatro porta-esponjas o en su defecto cuatro o seis largas pinzas de Duplay para llevar pequeñas esponjas montadas a los recodos más profundos de la cavidad abdominal.

La seda y cordonetes destinados a la laparotomía exigen la mayor escrupulosidad para su esterilización. Deben ser preparados la víspera de la operación, por el cirujano mismo o persona de su entera confianza" — (61).

El enfermo y el equipo quirúrgico tenían que soportar una lluvia de ácido fénico. Posteriormente cambia el decorado, al ser sustituida la antisepsia por la asepsia. El cirujano y sus ayudantes visten blusas y delantales de lienzo y someten sus manos a un detenido lavado con agua y jabón primero, y posteriormente de sublimado y alcohol. Igual proceso sigue el abdomen de la paciente. El cirujano, situado entre las piernas de la enferma, o bien a la izquierda o derecha de la misma, secciona las paredes abdominales, primer tiempo de la operación. Después procederá a la punción y evacuación del quiste, momento en que las manos de los ayudantes aplican las paredes del abdomen contra las del quiste, para evitar que se derrame el líquido en la cavidad. El tercer tiempo consiste en la enucleación y extracción del tumor. Si existen adherencias, es el momento más difícil y peligroso de la intervención, por la hemorragia o lesión de órganos próximos al seccionarlas. Sacado el quiste al exterior, el pedículo es fijado a los bordes de la herida, mediante un clamp de SPENCER WELLS o de otro autor, o se usa el proceder de STILLING de ligadura del pedículo u fijación a nivel de la herida con agujas largas en forma de lanzas (62). En la primera ovariectomía realizada en España el tratamiento del pedículo se realizó median-

te "cinco puntos de sutura para cerrar la herida; y mordía el pedículo con un enterotomo de DUPUYTREN y corté el tumor una pulgada delante de la pinza" (63). Posteriormente, RUBIO modificaría este tratamiento, gracias a — realizar una ligadura que, a la vez que era hemostática lo hacía caer por momificación. CARDENAL (64) sigue la técnica de SCHRÖDER, es decir liga y sutura con seda el pedículo abandonándolo en la cavidad abdominal. De esta forma simplifica la operación y evita el contagio ulterior.

La ovariectomía demostró la extraordinaria tolerancia del peritoneo, con lo que se intervienen con más frecuencia las lesiones ováricas. También familiarizó al cirujano con las vísceras abdominales, hasta el punto de que las intervenciones ya no son incompletas, si una vez abierto el abdomen la lesión sospechada no es ovárica. De esta forma se opera sobre — el bazo (PEAN, 1867) y se inaugura la cirugía pancreática en 1881 de la mano de C. ROKITANSKY. Pero además, esta operación demostró que la longitud de la incisión del peritoneo no influye en los resultados (65), con lo que operaciones que por incisiones económicas deberían quedar incompletas, fueron finalizadas en virtud de la ampliación de la abertura. Es más; se tolera el roce de las esponjas, las ligaduras perdidas, sea cual sea su material, los tubos de drenaje y el éxito de la intervención sólo tiene un precio: la limpieza inexcusable de la cavidad abdominal.

Vemos, pues, cómo la ovariectomía, ayudada primero por la antisepsia y posteriormente por la asepsia, hace que los cirujanos ya no sólo intervengan en esos tumores que producen molestias por su excesivo volumen. Paciente y cirujano se contagian y ambos van perdiendo el miedo. En 1885. — puede considerarse una operación definitivamente juzgada; entramos ya en — la época en que la laparotomía comienza a ser un proceder aconsejable.

II - Introducción de la laparotomía en España.

Analizaremos ahora la laparotomía, no como primer tiempo obligado de toda operación sobre las vísceras abdominales, sino en tanto que - tiene lugar para alcanzar una precisión en el diagnóstico, es decir, la LA PAROTOMIA EXPLORADORA.

Si en teoría era posible, en la práctica el abdomen seguía cerrado para la mayoría de nuestros cirujanos, pues su especial anatomía de vísceras con mesos y repliegues, con fusión de órganos ante procesos inflamatorios, hacía que el cirujano, hasta con conocimientos anatómicos, se — perdiera. Ello es imposible en otras regiones en que la anatomía es guta.- Por tanto, el factor de improvisación, la experiencia, la habilidad manual y el conocimiento exacto de la intervención a realizar lo poseían pocos ci rujanos. Estos implantaron tal técnica en nuestra patria, sirviéndose de — una doble vía. En primer lugar, sus escritos cambiaron la mentalidad y con siguieron, cuando menos en el plano de las ideas, que tal intervención fue se aceptada. Por la vía activa de la repetición en el quirófano, convirtie ron en hecho, de verdad, su palabra empeñada. Analizaremos primero la obra teórica y posteriormente, de forma cronológica, como ésta se convirtió en realidad para finalizar con el estudio de lo que de original tuvo tal ac— tuación.

ANDRES DEL BUSTO (66) es en nuestro país el que demuestra e in tenta cambiar el término de Laparotomía por el más correcto de Koiliotomía. El término "Lápara", es usado en época de HIPÓCRATES y se refiere a la zo-

na situada entre las costillas falsas y el iliaco, mientras que "koilfa" - significa cavidad del vientre. Tan incorrecto era el término de Gastrotomía, pronto abandonado, para aplicarse correctamente como expresión de sección del estómago. Los anglosajones, basados en que la abertura del abdomen conlleva la del peritoneo, propusieron el término de Peritoneomías. RIBERA intentó generalizar el término de Koiliotomía y lo usó en sus publicaciones, pero sin éxito. Por cuanto en materia de lenguaje la costumbre -- crea jurisprudencia aun más que en derecho, prevaleció el vocablo de Laparotomía.

La Real Academia de Medicina de Madrid es un centro de difusión de esa técnica, donde en 1882 CREUS (67) hace el propósito de realizarla con el fin de curar lesiones mortales, afirmando dos años más tarde, en el mismo lugar, que el éxito de la laparotomía es cada día mayor (68).

Entre las aportaciones de RIBERA (69) a nuestra ciencia, figura la didáctica clasificación de las laparotomías encuadradas en tres grupos: exploradoras (resolver un problema diagnóstico), finales (alcanzar un fin terapéutico con la sola incisión de la pared abdominal) y preliminares (primer tiempo de una operación visceral). Queriendo simplificar y hacer más prácticos los conceptos, las limita a dos tipos: laparotomías exploradoras y preliminares a otras intervenciones. RIBERA no sólo clarificó las ideas, sino que se manifiesta firme partidario de la laparotomía exploradora "que es en cierto modo el sello de la cirugía de nuestra época". Tal concepto comenzó aplicándose a los traumatismos del abdomen. Hasta finales del XIX, el tratamiento consistía en opiáceos, la oclusión con colodión, ungüento de mercurio terciado, inmovilización con vendaje de cuerpo y vejigas de hielo (70). Es cierto que el cirujano se mostraba intervencionista,

cerrando la pared o la herida intestinal, pero desconocía la laparotomía — como medio explorador y de preparación para el tratamiento. Los cirujanos de nuestro país, en el Congreso Médico reunido en Barcelona con motivo de la Exposición Universal de 1888 (71), aceptan la Laparotomía como conquista de la cirugía moderna que debe ser aplicada metódica y razonadamente en las heridas penetrantes del abdomen.

MORALES PEREZ, RUBIO, FERRER, FARGAS, SOJO, ESQUERDO, CERVERA, CARDENAL y CASTELLS, están de acuerdo conceptualmente y sólo existen pequeñas diferencias de matices, respecto al valor de la laparotomía exploradora para reconocer las lesiones. Hay unanimidad al considerarla como único medio de tratamiento cuando hay hemorragia o derrame, ya sea de bilis, orina, contenido intestinal, etc. Idéntico punto de vista mantienen RIBERA, — USTARIZ y SAN MARTIN. Esta asociación de la laparotomía a los traumatismos abdominales es de importancia transcendental, al obligar al cirujano a realizarla como única posibilidad de tratamiento. Pero es que, además, significa que ante un proceso que sobrepase la esfera médica, debe de usarse de la laparotomía con un fin diagnóstico que podrá ser terapéutico. Así, lentamente la laparotomía exploradora va encontrando un campo más amplio. CARDENAL (72), otro entusiasta de tal concepto, le concede gran valor en las enfermedades gástricas: "Todos esos enfermos, cuando después de agotadas — las tentativas racionales de tratamiento siguen desnutriéndose y llegan a verse privados, casi en absoluto, de toda ingestión de alimentos, deben — ser examinados quirúrgicamente y de un modo directo y entran de lleno en — el dominio de la laparotomía exploradora". En la misma línea de divulgación recordaremos a FARGAS (73), ya que adjetiva la laparotomía como inocente, a pesar del 16 % de mortalidad, que es necesario descender al 4 ó 6 por 100 en que se encuentra en el resto de Europa. Para él, "todo enfermo

cuya vida esté amenazada por una afección quirúrgica del abdomen de diagnóstico dudoso, debe en conciencia el cirujano otorgarle los beneficios más o menos probables de una laparotomía exploradora, haciendo en tales casos el sacrificio de su amor propio, interesado en que los resultados sean brillantes" (74).

CARDENAL (75), con la serenidad que le confería la práctica de cientos de laparotomías, esclareció las ideas mediante unos principios tan permanentes, como en ocasiones olvidados:

- "1º que aunque la práctica de toda operación quirúrgica exige un estudio previo de cuanto a ella se refiera, ninguna exige una preparación tan detallada, tan extensa y tan completa como la laparotomía.
- 2º que en ninguna operación, como en ésta, queda tanto factor imprevisto y, por consiguiente, en ninguna como en ella representa las condiciones personales del operador papel tan importante.
- 3º que cuanto menos enseñanzas haya podido suministrar la propia experiencia, mayor preparación literaria se necesita de las enseñanzas obtenidas por los demás, y mayor esfuerzo de inteligencia y de sagacidad para llevarla a feliz término.
- 4º que debiendo cada aprendizaje de laparotomista costar probablemente un número mayor o menor, pero inevitable, de víctimas, la más rudimentaria humanidad exige no emprender nunca dicha operación por diletantismo quirúrgico y disminuir en lo posible el número de aprendizaje inútiles o que han de quedar frustrados".

Paralelamente a él, FARGAS (76) hace una aportación importante en el campo teórico al estudiar las complicaciones de las laparotomías, y se convierte en un defensor de la técnica: "Hemos de esmerar la técnica y perfeccionar el manual operatorio todo lo posible, y que las prácticas -- asépticas, con ser de rigor, no justifican el más pequeño desprecio hacia la perfección quirúrgica o artística, aun considerada la cosa tan sólo bajo el punto de vista de la infección".

En el plano especulativo, el cambio del método antiséptico por la asepsia fue defendido por SOJO (77) ("mientras la laparotomía se practicó según los principios del listerismo los resultados fueron menos felices que cuando se han abandonado los agentes químicos germicidas") y FARGAS -- (78) ("la antiseptia en la laparotomía es más perjudicial que beneficiosa").

CARDENAL, uno de los introductores del método antiséptico en -- España, tarda en abandonarlo, pues en 1886 escribe: "Yo bien sé que la -- pulverización ha sido en estos últimos años abandonada por muchos (.....), creo que vale la pena de utilizar también su acción antiséptica, como una de tantas que pueden contribuir a anular o contrarrestar los malos efectos de un descuido involuntario durante la operación" (79). Cuando lo hace, es tá en desacuerdo con los dos autores antes citados, ya que "se pretenda -- por muchos, declarar una antigüalla el listerismo, considerar como algo -- nuevo y distinto de él la llamada asepsis quirúrgica, que no es sino su -- más legítima consecuencia aplicada a donde es aplicable" (80).

Citaremos por último los trabajos de RUBIO, que si cronológicamente son los primeros, intervienen de forma indirecta en esta labor teorizante. "Cómo deben prevenirse las hemorragias en los actos quirúrgicos" --

(81), "Indicaciones acerca del drenado en la terapéutica operatoria" (82) e "Indicaciones sobre el uso de las esponjas como medio terapéutico" (83) con tienen preceptos sumamente valiosos.

Los representantes activos de este tipo de cirugía, impulsada con su ejemplo, fueron sobre todo RUBIO, RIBERA y CARDENAL.

RUBIO (84), en 1881, relizó la laparotomía con la finalidad de conocer con "exactitud la naturaleza y relaciones del tumor (abdominal) y - arreglar nuestra conducta posterior a la que este reconocimiento diera de - sí". Resultó ser un fibroma telangiectásico de útero. Se practicó la histerectomía la enferma falleció al undécimo día. En los años 1883 y 1884 practicó dos nuevas intervenciones (85), (86). Precisó es recordar, para dar importancia a lo dicho, que en 1885 CHAMPIONNIERE (87) sólo había realizado - dos laparotomías exploradoras. CARDENAL (88), desde 1881 a 1886, practicó - 32 laparotomías, de las que sólo dos fueron originadas por procesos digestivos. En 1894 su estadística ascendía ya a ciento once laparotomías (89). Si gran parte de ellas no eran exploradoras, y se debían fundamentalmente a - procesos ginecológicos, hay que reconocer que su estadística y resultados - ayudaron enormemente a la creación de la cirugía abdominal, al conseguir - que la laparotomía se convirtiera en una operación inocente. Así, el internista renueva su mentalidad y ya no alejará a sus enfermos de la intervención cuando el diagnóstico fuese incierto. La consecuencia fue doble; por - un lado, se reduce la mortalidad y por otro, los procesos patológicos de - las vísceras abdominales son atacados en estadios más precoces, que hacen - el acto operatorio más fácil y de mejores resultados. Justo es reconocer - que fue necesario frenar a los que creyeron que el diagnóstico de las enfermedades digestivas asentaba únicamente en la intervención, basándose en que "al propio tiempo que se opera se ve". No estaba desprovisto de razón QUE—

DEA (90), cuando señala tal peligro: "Y no penseis torpemente en que nuestros recursos de diéresis deben abrir camino a la torpeza o a la ignorancia porque esta confianza en el diagnóstico visual, en el diagnóstico del bisturí, ni es prudente ni es positiva, porque en muchas ocasiones los análisis clínicos, las exploraciones funcionales y experimentales revelan con más — certidumbre la naturaleza de un proceso que la investigación visual de sus lesiones".

RIBERA (91), en 1892, tiene una estadística de once casos de la parotomías hechas durante el curso 1890 a 1891 y considera en aquella época que por ser una operación inocente, es justificable su práctica, no sólo como tratamiento sino como medio diagnóstico. En 1895, su estadística ha descendido a treinta y un casos, como se deduce de su comunicación al XI Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Roma en 1894 (92).

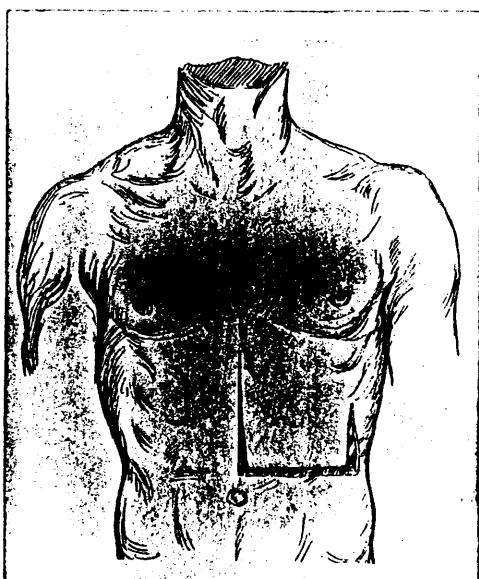
Es prácticamente imposible confeccionar una estadística de laparotomías exploradoras retrospectivamente. En las publicaciones de la época, se mezclan éstas con las que eran un tiempo previo de una intervención planeada. Por ejemplo, FARGAS (93) publica en 1895 su estadística de laparotomías, que asciende a 200 casos, sin que especifique el número de exploradoras. Igual sucede con la estadística de ESQUERDO, pues en sus 97 casos de laparotomías, realizadas por procesos extragenitales, tampoco indica el porcentaje de exploradoras. Esto no tiene mayor importancia desde el punto de vista histórico.

A partir de 1895, podemos considerar ya juzgada esta intervención, según palabras de un cirujano de aquel tiempo: "ya no es un borrón para nuestra historia científica, el atraso relativo de nuestro país en la —

práctica de la laparotomía, como pudo serlo un día no lejano" (95). Fecha - en que contó con detractores como USTARIZ, MARLIANI y SAN MARTIN. Como ejem plo, valgan las palabras del primero en la Academia Médico Quirúrgica, en - 1883, rechazando tal intervención: "por respeto a la humanidad doliente"(96).

III - Aportaciones originales a la técnica de la laparotomía.

La obra de nuestros cirujanos en este campo, no estuvo exenta - de originalidad. RIBERA, contribuyó además, con su propia inventiva, creando la LAPAROTOMIA OSTEOPLASTICA, que hace accesible el cardias y que después de ser ensayada en cadáveres, fue llevada a la práctica en 1911, en una paciente que precisó reintervenir a los seis meses de una gastrectomía extensa. Este procedimiento fue presentado al Congreso Internacional de Medicina de Madrid, de 1903, y publicado en el mismo año en la Revista de Medicina y Cirugía Práctica. Es conocida injustamente con el nombre de BAUDET y NAVARRO (97), ya que el primer autor la ensayó por vez primera en una herida de bazo y la describió en 1907, mientras que NAVARRO no hace su descripción hasta 1910. Esta es la historia cronológica o rectilínea, que vamos a convertir en real al analizar el por qué y cómo de tal innovación. — Iniciado RIBERA en la cirugía gástrica y firme partidario de la exéresis como única posibilidad salvadora, su cirugía, agresiva hasta entonces, sólo encuentra una dificultad: descubrir el cardias cuando el tumor, por tamaño o localización, obligue a una resección total o casi total. RIBERA, en estos casos, no sólo considera conveniente sino de "absoluta necesidad, tenerlo bien a la vista". Durante los meses de marzo y abril de 1902 emprende en el cadáver los ensayos que le lleven a encontrar algún procedimiento que haga al cardias accesible a la mano y a la vista del cirujano. Así nació la laparotomía osteoplástica, consistente en levantar los extremos anteriores de las costillas falsas, previa sección de las mismas. La descripción de esta intervención es, en palabras de su autor: "Incisión media de las paredes del abdomen, desde un punto un poco por debajo del apéndice xifoides, hasta



LAPAROTOMIA OSTEOPLASTICA DE RIBERA



LAPAROTOMIA OSTEOPLASTICA DE BAUDET - NAVARRO

inmediatamente por encima del ombligo; en el extremo inferior de esta incisión se traza otra perpendicular a la primera, que llega hasta las costillas falsas del lado izquierdo y que comprende también todo el grosor de las paredes del abdomen; entonces se traza una incisión paralela a la primera y de pocos centímetros de altura, que permite poner al descubierto dos de las costillas falsas; con las cizallas se cortan éstas, pero de modo que sólo interese al hueso, a fin de que no haya el menor peligro de abrir el fondo de saco de la pleura; de esta manera queda formado un colgajo que, con un separador ancho y fuerte, se levanta hacia arriba, lo cual es fácil gracias a la sección costal y queda descubierta y muy a la vista la cara inferior del diafragma, y por lo tanto a la vista y al alcance fácil del cirujano la extremidad inferior del esófago" (98).

Con los conocimientos actuales podemos criticarla en los siguientes términos: esta incisión constituyó una buena vía de abordaje de la unión cardioesofágica, ya que hacía accesible esta región; sin embargo, no era muy susceptible de ser ampliada, ni fácilmente reparable, y en su ejecución se lesionaban vasos, nervios y músculos. Actualmente el ataque de los órganos abdominales se hace, generalmente, a través de una laparotomía media, que puede ser ampliada en caso de necesidad por una toracofrenotomía. Antes de que eso fuese admitido, se ensayaron diversos tipos de laparotomías, siendo la eversión forzada del arco costal de MARWEDELL (99) prácticamente similar a la de RIBERA, y por supuesto más conocida. Esta consiste en practicar una incisión trasversal, perpendicular a la existente (laparotomía media) y que pasa tangencialmente por el borde inferior del arco costal. Este colgajo se separa hacia arriba y a la izquierda y se seccionan los cartílagos de las costillas de la seis a la nueve. Comparando las dos descripciones vemos la similitud de ambas y la identidad con la que lleva el nombre de BAUDET y NAVARRO, que consiste en prolongar la laparotomía media con una

incisión que sigue el reborde costal y vuelve a hacerse paralela a la incisión media a nivel de la línea axilar anterior. La sección de los cartílagos y costillas completan la intervención. En esta ocasión, a RIBERA le sucedió lo mismo que con la ligadura elástica que se conoce con el nombre de MOMBURG. La sinrazón de este hecho se debe, en parte, a nuestra especial — idiosincrasia, que hace movernos de polo a polo. La xenofobia deja paso a — que todo lo extranjero sea aceptado de buen grado. En la primera mitad del XIX, a pesar de las circunstancias sociopolíticas, el trabajo personal unido a la vocación dió frutos originales. Las aportaciones de SANCHEZ TOCA y ARGUMOSA lo demuestran. Aún más: cualquier biógrafo de ARGUMOSA testimonia que su Compendio de Cirugía no fue superado por otro extranjero de su tiempo. Si existió un desconocimiento e infravaloración de la obra útil y personal de este periodo, es fácil comprender que todo médico, a partir de 1880, sabe que nuestra ciencia ahora ya, a pesar del valer personal e individual, por falta de medios no puede suministrar datos originales. Ello es real; — nuestra situación científica carente de medios, no puede, en ocasiones, ni siquiera comprobar los adelantos. Nuestros médicos y cirujanos reconocen — que su papel es de introductores o importadores de los avances. Si no crearon, es cierto que buscaron la perfección de los métodos importados, aunque a veces, y aquí está la culpa, en este intengo perfeccionista olviden y actúen como si nuestra ciencia nunca hubiese existido, ignorando lo que sus — compatriotas crean o, en el mejor de los casos, si el perfeccionamiento es conocido, se etiqueta de inútil y extravagante y no suele ser sometido a — una crítica paciente y ponderada. Por eso RIBERA, máximo exponente de esta época y de la cirugía que años más tarde se denominará del aparato digestivo, se conforma, modestamente, con "vulgarizar lo que otros anuncian", y no intentó ser original sólo por la fascinación que pueda suponer unir su nombre a un procedimiento, independiente de su originalidad y utilidad. Pero — su forma seria de ejercer la cirugía le permitió aportaciones originales en

la medida en que nuestros medios le autorizaron. La indiferencia de sus compatriotas por ellos, no es índice del valor de los mismos, sino expresión de nuestra idiosincrasia.

El cierre de las laparotomías originó discusiones en los primeros tiempos. En ellas nada tuvimos que ver, ya que estábamos iniciando nuestros primeros casos. Pronto el sistema más admitido y extendido fue el cierre por planos.

En la biografía que PEGO BUSTO hace de RIBERA, señala como original de este cirujano la forma de cerrar en bloque la pared. No creo que tal método sea personal, pues en las anotaciones que RIBERA hace en el libro de ERICHSEN (100) (La ciencia y el arte de la cirugía o patología y clínica quirúrgica) sobre las KOILIOTOMÍAS, explica el proceder en términos — que no nos hacen pensar que de él proceda. Sin embargo, la imparcialidad — nos impone la transcripción de lo que RIBERA expuso sobre esta sutura años más tarde: "Juzgué que lo más sencillo sería una sutura de puntos separados que comprendieran todo el grosor de las paredes, pero hecha de dentro afuera, para tener la seguridad de comprender todos los planos, sin herir las — vísceras que pugnan por salir, y claro es que pensada y aceptada la idea, — la ejecución era relativamente fácil. Si quería hacerla de dentro afuera en los dos bordes, se imponía el empleo de hebras de seda enhebradas por sus — dos extremos, y así concebida la ejecuté hace ya muchos años y hace ya muchos que está descrita en los libros de historias de mi Clínica.

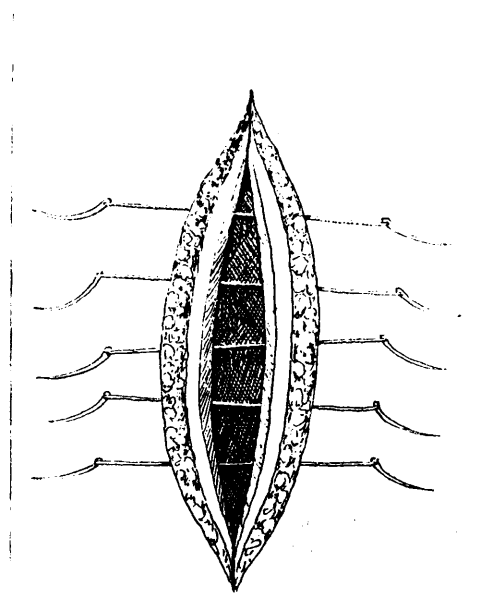
Se enhebran por sus dos extremos cinco o seis hechas de seda algo fuertes; por regla general, se disponen seis pares de agujas grandes y — curvas para hacer dicha sutura, empezando por la parte inferior de la inci-

si6n. Un ayudante coloca su mano de plano sobre las v6sceras, deprimi6ndolas y preserv6ndolas; el operador invierte uno de los bordes de la incisi6n, generalmente primero el derecho, atraves6ndole de dentro afuera, es decir, — desde la superficie peritoneal a la piel, a la distancia de un cent6metro — poco m6s de dicho borde; coje entonces la aguja del otro cabo y atraviesa — en igual forma el borde izquierdo, de dentro afuera; y como la sutura se hace a la vista, no hay peligro para los dedos del ayudante ni para las v6sceras" (101).

De todas formas, RIBERA s6 es el divulgador de este procedimiento, con el que un cirujano de destreza media cierra en pocos minutos un abdomen, aunque sus paredes sean gruesas y est6n alteradas por un proceso inflamatorio. Hoy d6a esta t6cnica de cierre en bloque de la pared queda reservada para circunstancias como las se6aladas, en que tal maniobra no s6lo es 6til sino que la mayor parte de las veces es imprescindible.

La sutura perdida-temporaria de RAVENTOS (102), la sutura met6lica en un solo plano de ORTIZ DE LA TORRE (103), la pr6cticada por CERVERA (104), as6 como la aplicaci6n por GOYANES (105) en el cierre de las laparotom6as de los puntos de lazada usados en la reparaci6n de las hernias, no merecen m6s espacio que el que ocupa su enumeraci6n.

Hemos asistido al nacimiento de la cirug6a abdominal. Los cirujanos de 1880 hacia atr6s, CREUS, ENCINAS, RUBIO, DEVESA, etc., inici6n la cirug6a ginecol6gica y la laparotom6a por traumatismos del abdomen, pero de forma imperfecta, ya que a6n no exist6a la cirug6a razonada de las v6sceras abdominales. La generaci6n siguiente, RIBERA, CARDENAL, ESQUERDO, FARGAS, GUTIERREZ, etc. y posteriormente los disc6pulos de 6stos, llevar6n la cirug6a abdominal a un grado de perfecci6n que permita el nacimiento de la cirug6a digestiva.



CIERRE DE LA LAPAROTOMIA SEGUN EL METODO
DE RIBERA

49

CAPITULO III

CIRUGIA GASTRICA

La cirugía gástrica fue concebida y difundida en los años finales del siglo XIX por obra de BILLROTH y su escuela. Sus trabajos experimentales y clínicos constituyeron los fundamentos de las nuevas técnicas de esta rama de la cirugía. Causa admiración el comprobar que las técnicas básicas apenas se modificaron desde sus comienzos y que la cirugía gástrica, como procedimiento de rutina tal como se realiza hoy, se desarrolló en un corto espacio de tiempo, de menos de sesenta años. Abierta la cavidad abdominal, no podía quedar indultado de actuación quirúrgica un órgano como el estómago, que reúne por su vascularización y localización condiciones tan favorables para la exéresis, sobre todo, cuando era asiento de lesiones que no tenían otra terapéutica. La cirugía del ovario sirvió para destruir el mito del peritoneo, y la del estómago ayudó a desarrollar la cirugía digestiva. Además, gracias a ella se conocieron nuevas enfermedades y se explicó la génesis de otras.

En el desarrollo de la cirugía gástrica, según mi criterio, hay que considerar cinco etapas, bien definidas aunque arbitrarias, pero justificables desde el punto de vista expositivo.

La PRIMERA, se extiende desde la antigüedad hasta 1848. En ella la actuación sobre el estómago sólo se realiza ante heridas traumáticas, y en este periodo hay que situar también las primeras gastrotomías (FLORIAN - MATTHIS, 1602; GUENTHER, 1613; DANIEL SCHWALBE, 1635). Es, pues, una cirugía preanestésica y prelistérica.

La SEGUNDA ETAPA se inicia con la primera gastrotomía realizada en 1849 por SEDILLLOT, y se extiende hasta que LABBE (1876), para la gastro-

tomía, y SYDNES JONES (1876) y VERNEUIL (1876), para la gastrostomía, al amparo de la antisepsia convierten estas operaciones en seguras.

La ETAPA DE INICIACION, o cirugía de necesidad, va desde 1879 a 1891. En ella nacen la cirugía exérética (reducida al pílora e indicada por lesión tumoral) y la derivativa (gastroenteroanastómosis). Es una cirugía - paliativa, porque la resección no es amplia y la derivación deja la lesión "in situ".

La ETAPA de CONSOLIDACION se inicia en 1891, cuando la resección amplía su extensión y finaliza en 1914, cuando la gastrectomía es aplicada, no sólo como tratamiento de los tumores, sino también como tratamiento de la úlcera duodenal crónica (VON HABERER - 1914). Otra característica de esta etapa, es la exclusión de la gastroenteroanastómosis como operación primaria, al evolucionar los cirujanos hacia la resección, obligados por — los fracasos de la operación derivativa. (En el Congreso Alemán de 1913, — RECHTER, HOFMEISTER, HABERER, y FINSTERER, evidencian en sus estadísticas — la superioridad de la resección).

La ULTIMA ETAPA o de ESPECIALIZACION, es en la que nos encontramos. Tiene como hecho central la vogotomía (DRAGSTED y OWEN, 1943), que cambia radicalmente la cirugía gástrica y ésta empieza a convertirse en patrimonio exclusivo de los cirujanos del aparato digestivo.

Este esquema no es aplicable al estudio de la cirugía gástrica en España, por cuanto nuestro papel consistió en simples importadores de — las nuevas técnicas. Esto no tiene lugar hasta 1891, por tanto, el "primer periodo" se inicia en la antigüedad y se extiende hasta esa fecha. Durante

él, el cirujano sólo es protagonista en casos de heridas traumáticas del es tó ma go y espectador de las técnicas que nacen entre 1849 y 1891.

El "segundo periodo" comienza en 1891: es el tiempo de inicia ción, en el que los cirujanos españoles conocen y realizan los procedimientos quirúrgicos usados en el tratamiento de las enfermedades gástricas. Finaliza en 1903, época en que a través del XIV Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Madrid, las estadísticas presentadas, pese a su alta mortalidad, confirman la realidad de la cirugía gástrica en nuestro país.

Los periodos siguientes de "consolidación y especialización", - son superponibles a los de la cirugía gástrica universal, pues nuestra ciencia adquiere un nivel tal, que permite ya aportaciones originales y rebaja la mortalidad a niveles equiparables a la existente en las clínicas de gran experiencia.

Antes de que la cirugía gástrica fuese una realidad científica en nuestro país, es decir, durante el primer periodo, existen casos de in ter ven ci o ne s sobre el estómago, publicadas en nuestro periodismo médico. En 1846, GARCIA TORRES (106), médico de Yebra, publica un caso de "Curación de una herida de estómago por la sutura de pellejeros, complicada con la extir pación de una porción de omento". Este es, desde luego, el primer caso del que tenemos noticia en el periodo estudiado, y esta intervención activa con tra sta con el caso publicado en 1865 por RODRIGUEZ CARREÑO (107) acerca de una herida penetrante del abdomen que lesiona la vesícula y el estómago. En este caso la actitud fue pasiva, ya que la dieta absoluta y un "tratamiento sencillísimo", consistente en "una sangría, algunas sanguijuelas, un ción mercurial, cataplasma emoliente, cura simple a la parte de herida accesible" produjeron la curación.

Tomando las líneas precedentes a título de introducción, expon
dremos la historia de la cirugía gástrica, mediante los siguientes aparta—
dos:

- I - Introducción de la Gastrostomía en España
- II - Introducción de la Gastrectomía en España
- III - Introducción de la Gastroenteroanastómosis en España
- IV - Aportación española a la Cirugía Gástrica
- V - Significado de la Cirugía Gástrica en España

I - Introducción de la Gastrostomía en España.

Nuestra cirugía gástrica inicia el tratamiento quirúrgico científico de la mano de MADRAZO (108), que en 1892 publica la primera gastrostomía realizada en nuestro país, en un enfermo de 18 años y como tratamiento de una estenosis esofágica por caústicos.

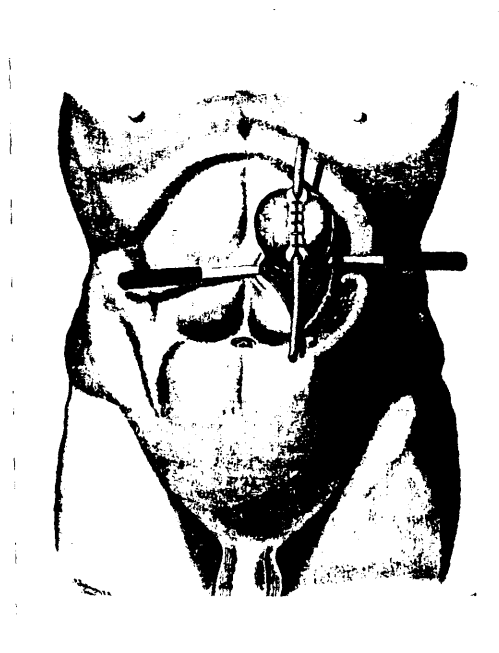
SEDILLOT (109) es el primer cirujano que realiza esta intervención en el hombre (1849), y establece las indicaciones, reglas operatorias y la denomina gastrostomía. La define del siguiente modo: "Nosotros hemos dado el nombre de gastrostomía a una operación por la cual se establece en las paredes del estómago una abertura permanente, para proveer a la alimentación una vía artificial, en los enfermos que una estrechez del esófago o del cardias condenan a morir por inanición". Hasta 1875, en que JONES (110) y VERNEUIL (111) obtienen los primeros éxitos, los fracasos se sucedían ininterrumpidamente y fácilmente explicables en una época preantiséptica. En el año 1883, la operación entra en una nueva fase, al ser utilizada por SHATTANER, BERMAN, etc. (112), para realizar cateterismos retrógrados y vencer las estenosis esofágicas; de simple operación paliativa se convirtió en curativa.

El segundo caso de gastrostomía en nuestro país, fue realizado por A. ESQUERDO (113), en el Hospital de la Santa Cruz de Barcelona. Fue practicada en un solo tiempo, en un muchacho de 14 años que padecía una estrechez esofágica por caústicos. Falleció a los tres días a consecuencia de una peritonitis por dehiscencia de la unión del estómago a la pared abdomi-

nal. En el tercer caso, la estenosis es de origen tumoral y la intervención la realiza BOFILL (114), en dos tiempos y el resultado fue la muerte del enfermo por una incorrecta indicación, ya que la estenosis era distal a la — gastrostomía. Cronológicamente el siguiente caso fue operado por SAN MARTIN (115), en 1895. En el primer tiempo hizo sólo la gastropexia, pero no por — motivos de seguridad sino con la esperanza de que esta simple sutura curase la estrechez, como en ocasiones había sucedido. A los 11 días practicó la — gastrostomía y comenzó las dilataciones con el dilatador de COLLIN, de tal forma que el enfermo salió curado de su clínica. RAVENTOS (116), en 1896, — la practica dos veces, con mal resultado. La estadística de RIBERA (117) es sólo de dos casos, que fallecen en el postoperatorio próximo (a los 28 y 5 días de la intervención). El origen de la estenosis era en un caso una neoplasia de esófago, y en el otro, de cardias.

Los malos resultados de estos primeros casos (la mortalidad de la gastrostomía en 1892, según SENN (118), era del 25 %), se debieron al — mal estado de los enfermos, a defectos técnicos confesados por sus autores y a la imperfección de la técnica, ya que al no ser continentes la salida — del contenido gástrico, producía la ulceración de la piel y la consecuente infección. Para solventar este problema, a fines del siglo pasado y en los primeros años del presente, se habían propuesto casi todas las técnicas inimaginables, que resultaron más ingeniosas que útiles. Aún hoy día no existe ningún procedimiento que asegure la continencia total, y los que perduran — son los más simples (STAMM y WITZEL). Todo los métodos propuestos pueden — agruparse en tres grupos:

1. Aquéllos que forman un cono gástrico, que se implanta en la pared abdominal (método de FONTAN, ARCE, HAHN, etc.).



GASTROSTOMIA
METODO DE WITZEL

2. La fistula se consigue a base de la infundibilización de un tubo en la pared gástrica (método de WITZEL, HARWEDEL, SENN, etc.).
3. Métodos plásticos, destacando los que forman un tubo a expensas de un colgajo obtenido de la cara anterior gástrica (método de DEPAGE, WELLS, ZECHEL, JANEWAY, etc.).

Esta simple enumeración de nombres sirve para demostrar que ningún procedimiento es efectivo, y que la aportación española al intento de solución del problema es prácticamente nula. Las modificaciones de CORACHAN — (199) a los procedimientos de WITZEL y ZECHEL, son tardías y cronológicamente están fuera del periodo estudiado.

II - Introducción de la Gastrectomía en España.

Consolidada la gastrostomía como operación posible, el cirujano se lanza a la resección gástrica apoyado por la demostración experimental - de que el estómago no es órgano vital. Esa se inicia en Viena, en enero de 1881, por obra de THEODOR BILLROTH, que realizó la primera pilorectomía con éxito en una mujer de 43 años, que padecía un carcinoma gástrico. La continuidad fue restablecida mediante una anastomosis gastroduodenal, situada en la parte superior de la sección transversal del estómago. Como tributo a este hecho histórico tan trascendente, nos detendremos en algunos pormenores.

El acontecimiento fue reseñado de inmediato en nuestro periodismo médico en los siguientes términos: "Nos hallamos en plena época de grandes operaciones, capaces de asustar y de detener la mano de los cirujanos, - cuyo temple no se halle al unísono de las necesidades de aquélla. Dentro de poco no habrá ya víscera, ni abdominal, ni torácica, ni craneana, que no ha ya sido estirpada con éxito, sino duradero al menos operatorio" (120).

Adjudicamos a BILLROTH y a su escuela la paternidad de la gastrectomía basándonos en las siguientes consideraciones:

1º. Los trabajos experimentales de GUSSENBAUER y WINIWARTER, en 1874, y los de CZERNY y KAISER, en 1878, fueron la preparación que hizo posible su ejecución en el hombre. En ese momento los cuatro eran ayudantes de BILLROTH (121).

2º. A él le corresponde el mérito de obtener el primer éxito.

3º. Hizo partícipes de su obra a sus discípulos GUSSENBAUER, WINIWARTER, CZERNY, KAISER, V. HACKER, MIKULICZ, WÖFLER, etc. creando de este modo una escuela que se afanó en perfeccionar las nuevas técnicas (122).

4º. A ellos les corresponde el mayor número de gastrectomías realizadas en los primeros tiempos. En el Congreso Internacional de Ciencias Médicas, celebrado en Berlín en 1890 (123), BILLROTH presentó la estadística de su clínica, entre 1879 y 1890, consistente en cuarenta y una pilorectomías, — con una mortalidad del 50 %.

En rigor, la primera pilorectomía que se conoce la realizó PEAN en 1879, cediendo a las instancias reiteradas del enfermo. La segunda fue obra de RYDYGIER, en Kulm, en 1880. En los dos casos fallecieron los pacientes; el primero al quinto día y el segundo a las doce horas de la intervención. El resultado de la intervención de PEAN sirvió para desacreditarla en Francia por un periodo de tiempo largo, ya que LE FORT (124), en 1888, rechaza enérgicamente la resección del estómago canceroso y POLLOSON (125) — afirma en 1891, que "la gastrectomía no sólo es una de las operaciones más graves, sino la más grave de las operaciones". En 1898; GUINARD (126) promueve un alzamiento contra esta actitud.

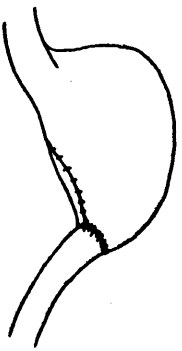
Al otro lado del Rhin las consecuencias de la intervención de BILLROTH son diferentes, ya que en 1881 se practican veinte pilorectomías por dieciseis cirujanos que consiguen cinco éxitos. (127) (128). La intervención de aquella época difiere fundamentalmente de la gastrectomía subtotal, tal como hoy la entendemos, únicamente en la mayor extensión de la resección. BILLROTH planeó en 1885 un procedimiento de gastrectomía que evita

se el "rincón de los lamentos" (punto de reunión de la sutura de oclusión y de la sutura de anastómosis) y lo consiguió al restablecer la continuidad digestiva, después de la pilorectomía, mediante una gastroenterostomía. Se conoce desde entonces como método II de BILLROTH (129). A partir de ese momento, las variaciones técnicas que sufrió la gastrectomía fueron innumerables, y casi todas se etiquetaron de originales.

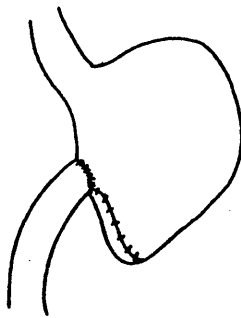
Quando la gastrectomía llega a nuestra patria presenta tres características:

1º. El número de intervenciones en esa fecha es ya considerable, como corresponde a una cirugía en fase de consolidación y perfeccionamiento. Fue precedida por una etapa de entusiasmo quirúrgico (130), que comprendió los años 1881, 1882, 1883 y 1884, en que la pilorectomía se realizó veinte, dieciseis, trece y nueve veces, respectivamente. A continuación sigue un período de prueba, de duda y de desengaño, reflejado en la corta estadística mundial de sólo cuatro pilorectomías entre 1887 y 1889. A partir de entonces la estadística aumenta, de tal forma que, por cáncer de estómago, en 1892 se han practicado ciento cuarenta y nueve pilorectomías y a los cirujanos austriacos y alemanes comienzan a unirse los de otros países, y ya Francia aporta a esta lista seis pilorectomías (131). Este aumento en el número de intervenciones es producido por el cambio que experimenta el pronóstico postoperatorio, al reducirse la mortalidad. En las primeras épocas, alcanzaba el 50 y hasta el 85 por 100 y en este período se sitúa a niveles de confía - (22 %) (132), que hacen que MIKULICZ (133), en 1895, pudiese afirmar que "el resultado de las excelentes estadísticas de gastrectomías en estos últimos años demuestra que nos aproximamos a los límites de nuestro poder técnico". No obstante, este descenso de la mortalidad no es aceptado por todos -

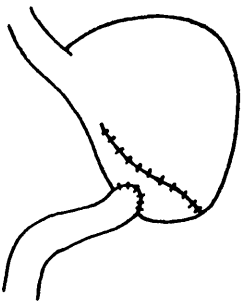
**RESECCIONES GÁSTRICAS CON DIFERENTES TIPOS
DE ANASTOMOSIS GASTRODUODENALES**



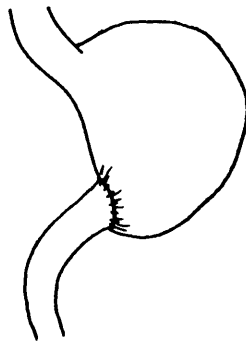
Peán



Billroth I

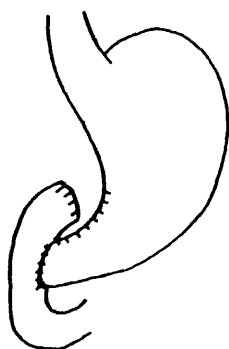


Kocher

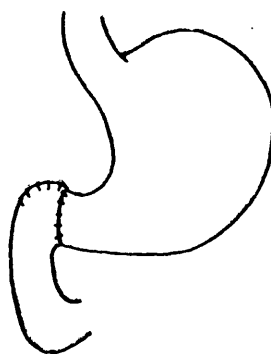


Von Haberer II

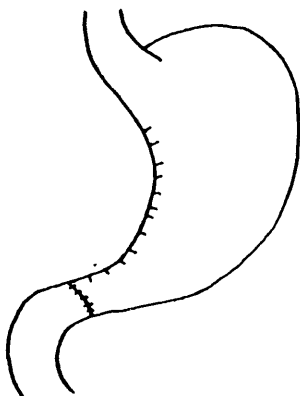
**RESECCIONES GASTRICAS CON DIFERENTES TIPOS
DE ANASTOMOSIS GASTRODUODENALES**



Von Haberer II



Flehtenmacher

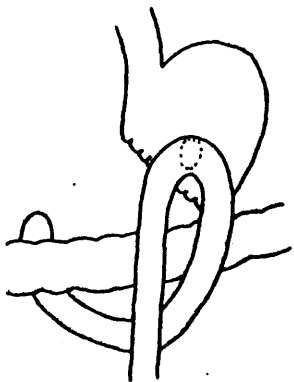


Schoemaker

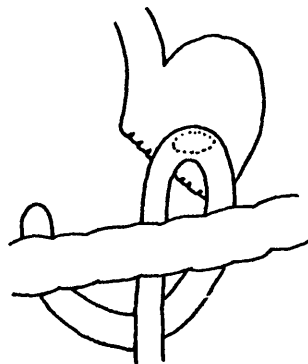
**RESECCIONES GASTRICAS CON DIFERENTES TIPOS
DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNALES**

63.

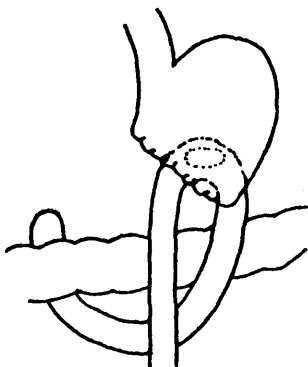
A) Anastomosis latero-lateral



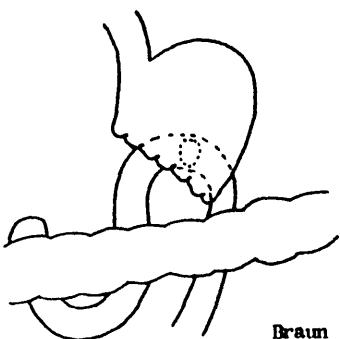
Billroth



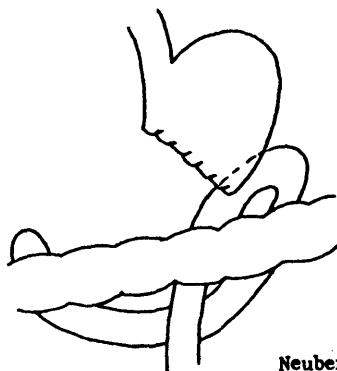
Dubourg



Von Eiselsberg



Braun

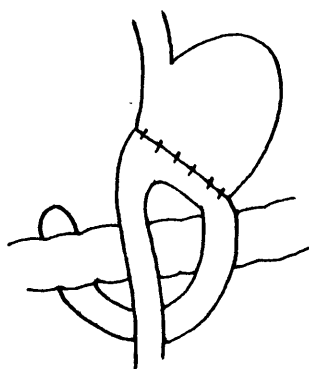


Neuber

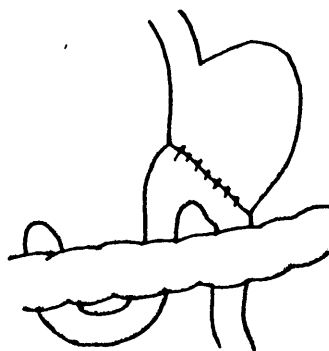
**RESECCIONES GASTRICAS CON DIFERENTES TIPOS
DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNALES**

64

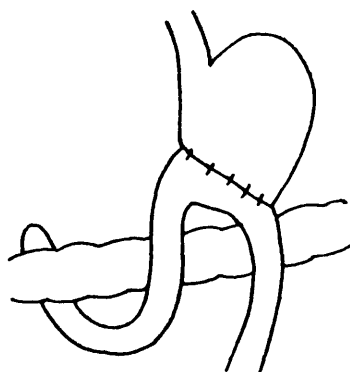
B) Anastomosis con boca total



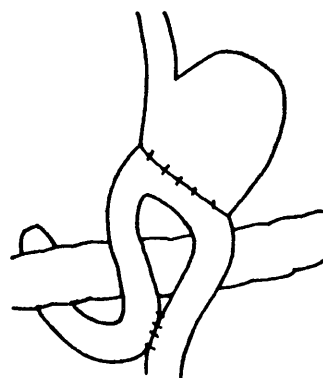
Konlein



Reichel - Polya



Balfour - Kroenlein

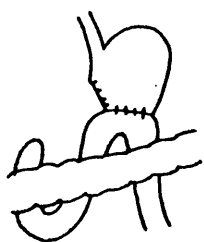


Kronlein

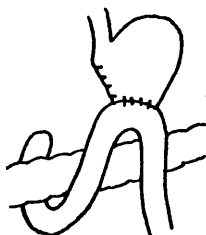
**RESECCIONES GASTRICAS CON DIFERENTES TIPOS
DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNALES**

65.

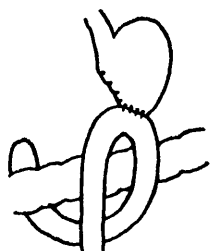
C) Anastomosis con boca parcial



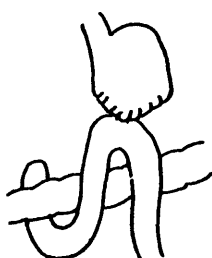
Hofmeister, Finsterer



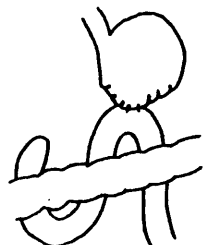
Von Eiselsberg, Mikulicz



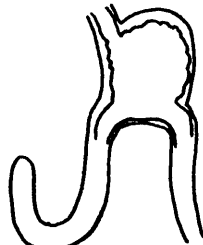
Von Eiselsberg



Mayo



Goetze - Schmieden

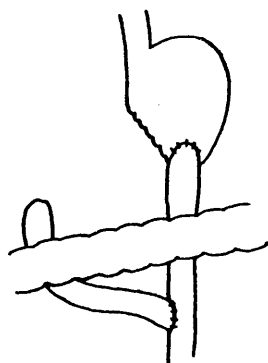


O'Neil

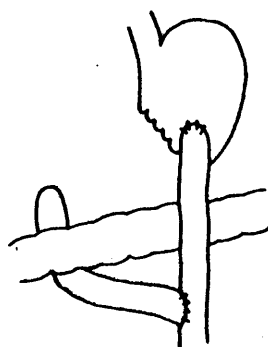
**RESECCIONES GASTRICAS CON DIFERENTES TIPOS
DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNALES**

66.

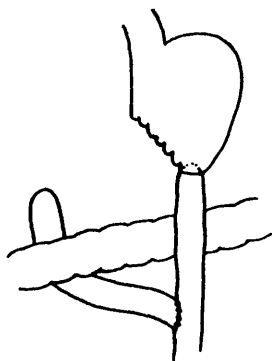
D) Anastomosis en Y



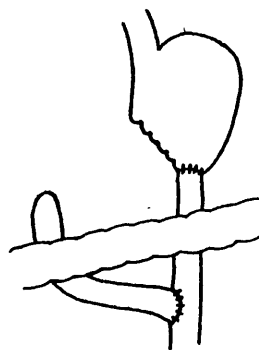
Roux (1893)



Roux (1901)



Rydiger (1904)

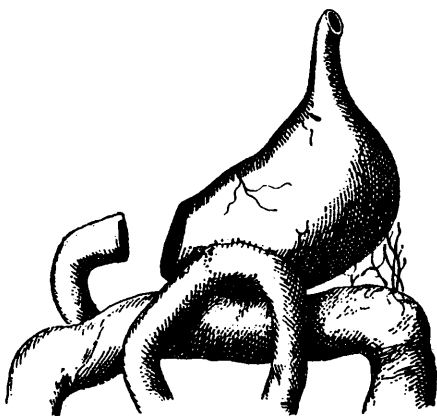


Moskowitz (1908)

P I L O R E C T O M I A



T I P O B I L L R O T H I



T I P O B I L L R O T H I I

los médicos, como lo demuestra la aparición en Viena de 1892 de un opúsculo anónimo titulado "Bajo el dominio del cuchillo" (134), que intenta demostrar lo contrario. La aplicación de los perfeccionamientos técnicos crearon un formalismo metódico, que puede considerarse como la causa del descenso de la mortalidad, mientras que la consecuencia fue la testificación de la existencia de enfermedades que sólo la cirugía podía curar o aliviar.

2º. A partir de 1891, la pilorectomía es reemplazada por resecciones gástricas más amplias, basadas en los principios generales de la cirugía oncológica, donde la sección debe hacerse a distancia de la lesión tumoral. Se conoce ya la posibilidad de propagación en todas las direcciones, alcanzando incluso el cardias, pero dejando siempre indemne al duodeno. Existe ya el esbozo de los estudios sobre la propagación linfática que pocos años más tarde desarrollarían CUNNEO y HARTMANN. Las adherencias pancreáticas son consideradas desde los trabajos de JONNESCO como la única contraindicación local de la exéresis. Por todo ello, la pilorectomía, como operación radical del cáncer gástrico, desaparece, para transformarse en pilorogastrectomía extensa. La consecuencia es el aumento de la supervivencia, a largo plazo, de los operados.

3º. En esta fecha no solo existe acuerdo entre médicos y cirujanos, sobre las enfermedades gástricas que deben ser del dominio quirúrgico, sino que esta falta de unanimidad se prolonga a las técnicas quirúrgicas. Surgen así los partidarios de las gastrectomías y los de la gastroenteroanastomosis, creando una discordanza de opiniones que alcanzará el primer tercio del siglo XX.

De la primera pilorectomía realizada en España, sólo se tiene noticia indirecta e incompleta. Tuvo lugar en la Hospital General de Madrid

y fue llevada a cabo por LEOPOLDO RAMONEDA (135). No se conoce el año, ni los detalles, ya que no fue publicada, quizás porque el enfermo no sobrevivió. Este resultado debió descorazonarlo, ya que no repitió el intento, como se deduce de la falta de referencias al mismo, tanto en el periodismo médico como en las sesiones de las Academias madrileñas. Solo encontramos su nombre como secretario adjunto de la organización del Primer Congreso de Cirugía Nacional, que se denominó Congreso Hispano Portugués de Cirugía y sus Especialidades Naturales (Madrid 1898).

De la primera pilorectomía que existe constancia, por haber sido presentada a la Real Academia de Medicina de Madrid, es de la de GUTIERREZ (136). Se trataba de un enfermo de 55 años, diagnosticado por MARTIN AYUSO de cáncer de píloro. Se practicó el 26 de octubre de 1897 una pilorectomía, restableciendo la continuidad mediante una anastomosis gastroduodenal. El enfermo falleció a los tres días, y la autopsia mostró una anastomosis firme y continente, a la vez que una perforación yatrógena por debajo de la misma. En el mismo año, A. ESQUERDO (137) realiza la extirpación de cuatro centímetros de duodeno, y de la porción pilórica gástrica. Restablece la continuidad mediante una gastroduodenostomía anterior. El enfermo falleció a las 24 horas. De las manos de RIBERA (138) saldrán los cuatro casos siguientes, y el primero de supervivencia. Todos fueron operados en el año 1899. El azar, con frecuencia presente en los acontecimientos históricos, impuso a RIBERA (139), en su primera gastrectomía, en marzo de 1899, la obligatoriedad de una amplia resección, que según sus palabras "ciertamente no buscaba y que ha influido en la elección del procedimiento por mí seguido en casi todas las gastrectomías restantes". Los dos casos siguientes los opera en el primer año del siglo XX, momento en que hay que situar la primera pilorectomía de GUEDEA (140).

RIBERA, año a año, acrecienta su experiencia con nuevos casos — que le permiten en 1903 presentar al XIV Congreso Internacional de Medicina celebrado en Madrid, una comunicación, basada en quince casos de gastrectomía (141). Al mismo Congreso, aportan JIMENEZ (142) dos casos, BRAVO CORONA DO (143) cinco pilorectomías y S. CARDENAL (144) una extirpación total de estómago y cinco calificadas por él de semitotales. RAVENTOS, COSPEDAL, ORTIZ DE LA TORRE, SAN MARTIN, cierran la lista de los cirujanos más significativos en la cirugía gástrica, de este periodo de iniciación. En el siguiente, los nombres de RIBAS, GOYANES, LOZANO, BARTRINA, quedan unidos a este tipo de cirugía.

RIBERA fue el cirujano de su época más entrenado en la cirugía de exéresis gástrica, llegando a reunir, en 1911, fecha de su muerte, una casuística de treinta y seis gastrectomías. El valor y la importancia de estas cifras es grande, si tenemos en cuenta que este autor afirma en 1907 — que "sigue siendo entre nosotros todavía una operación excepcional la gastrectomía" (145).

RIBERA restablecía la continuidad digestiva mediante una anastómosis gastroduodenal, según la técnica conocida como BILLROTH I. Fue un firme partidario de este método, que aplicó en todas sus gastrectomías, si exceptuamos un caso operado en 1905, en que el anclaje duodenal impidió tal tipo de anastómosis (146). La protección a tal método, la encuentra en argumentos dictados por la experiencia y la hallarla más fisiológica, ya que deja el estómago en condiciones más parecidas a lo normal. Para él es un "método sencillo" y "nada complicado", pues exige menos suturas y que éstas no queden a tensión; sólo se precisa "saber achicar y suturar" (147). Dogmáticamente, no acepta ningún reproche al método, pues para él los fallos se de

ben a que no se hacen bien las suturas. En otras palabras, considera el procedimiento perfecto y por lo tanto los defectos son imputables al técnico, — que no realiza bien la técnica. Este punto de vista es mantenido hoy día — por muchos cirujanos, que ven tal método más o menos modificado, como el — ideal.

RIBERA comienza la intervención con una cuidadosa exploración — que sirve para confirmar el diagnóstico y señalar el camino a seguir. Los — detalles técnicos nada tienen de originales, si exceptuamos que la coprostasis de la sección gástrica la realiza sin pinzas, por creer superior los dedos de un ayudante inteligente. Hace concordante el calibre gástrico y duodenal mediante una sutura en dos planos, para la cara posterior, que repite en la anterior.

CARDENAL (148) acepta el procedimiento conocido como BILLROTH — II, ya que cierra el duodeno y el resto gástrico lo une al yeyuno.

Recordemos por último, en estos comentarios sobre la técnica, — que la amplitud de la resección fue generosa e incluso, cuando fue preciso, se extendió a los órganos próximos. Basta recordar que en las diecisiete — gastrectomías realizadas por RIBERA hasta 1903, sigue esta radicalidad ya — que en un solo caso practicó una pilorectomía típica (149). Con esta mentalidad y entrenamiento, pocos años tardaron nuestros cirujanos en imitar a — SCHLATTER (150), ayudante de KRÖNIG, que en 1897 realizó la primera gastrectomía total.

La precisión histórica obliga a no considerar a CERVERA como — el primer cirujano español que realizó tan grave intervención. "Un caso de extirpación total de estómago (151), es el título aparecido en El Siglo Mé-

dico, en 1901, y que recoge el caso operado por él. Para considerar como to tal una gastrectomía, es obligado que exista en la pieza extirpada mucosa - esofágica y duodenal. La falta de este requisito invalidó los casos publica dos con anterioridad al de SCHLATTER. La persistencia, por muy pequeña que sea, de restos de estómago, aparte de cambiar las consecuencias fisiológi- cas, cambia también las condiciones operatorias. Por tanto, como CERVERA - "dejó una pequeña lengüeta del fondo izquierdo del estómago" le desautoriza a usar el calificativo de total. Igual criterio se aplica al caso operado - por RIBERA en 1899, impidiéndole ser el primero de nuestro país y el cuarto del mundo. El caso que en 1902 publica RECASSENS (152), con el título "Ab- lación total del estómago" es, pues, el primero de nuestro país. Restableció la continuidad mediante una sutura en dos planos del duodeno al cardias. La intervención duró 70 minutos y el enfermo falleció a las 15 horas. CARDENAL (153), en 1903, cuenta con un caso de gastrectomía total, en que el resulta- do, como los anteriores, fue la muerte del enfermo.

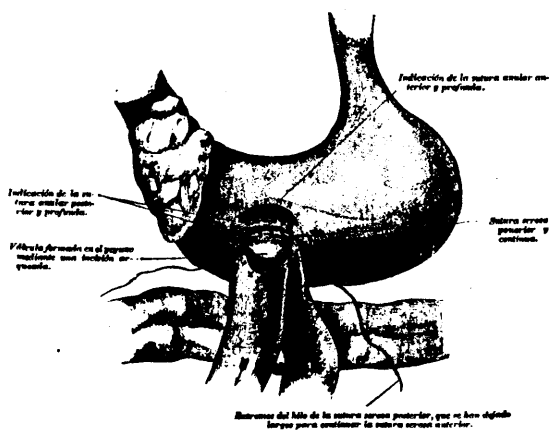
Esta nueva intervención planteó problemas desde el punto de vis ta técnico y desde el punto de vista fisiológico, esforzándose desde enton- ces, en suplir la ausencia de reservorio con métodos que la inventiva y la habilidad de los cirujanos intenta paliar.

Los nuevos casos y nuevas soluciones son obra de cirujanos que no pertenecen a este período.

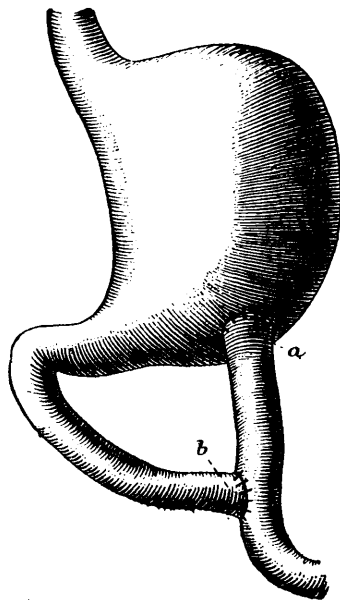
III - Introducción de la Gastroenteroanastomosis en España.

De la Clínica Quirúrgica II de Viena, dirigida por BILLROTH, - que fue el centro impulsor internacional de la cirugía moderna, surgió una de las intervenciones que más servicios han prestado a la cirugía: la gastroenteroanastomosis, operación de vaciamiento que, dado que la comunicación que se crea suele ser entre el estómago y el yeyuno, se denomina generalmente gastroyeyunostomía. El nacimiento de esta nueva técnica es, desde el punto de vista humano, irónico, ya que si la realización fue obra de WÖLFLE, discípulo de BILLROTH, la idea lo fue de NICOLADONI, discípulo de DUMREICHER y con predilección por la ortopedia (154). Hoy no importa mucho que el 27 de setiembre de 1881, WÖLFLE practicara de forma más o menos perfecta la gastroenteroanastomosis anterior, ante aquel caso de carcinoma de estómago inextirpable. Pero si importa que a NICOLADONI, cuando la intervención finalizaba como laparotomía exploradora, se le ocurriese la genial idea, que tan profunda huella dejó en la cirugía. La gastroenteroanastomosis adquirió tal éxito desde el principio, y fue tan amplio el capítulo de sus indicaciones, que marcó una nueva era en la cirugía gástrica. DQ YEN y TALMA (155), en 1893, son los primeros cirujanos que la usarán como tratamiento de la úlcera. Hoy día ha perdido gran parte de su valor, ya que es usada excepcionalmente en el cáncer gástrico o como operación de drenaje, después de la vagotomía.

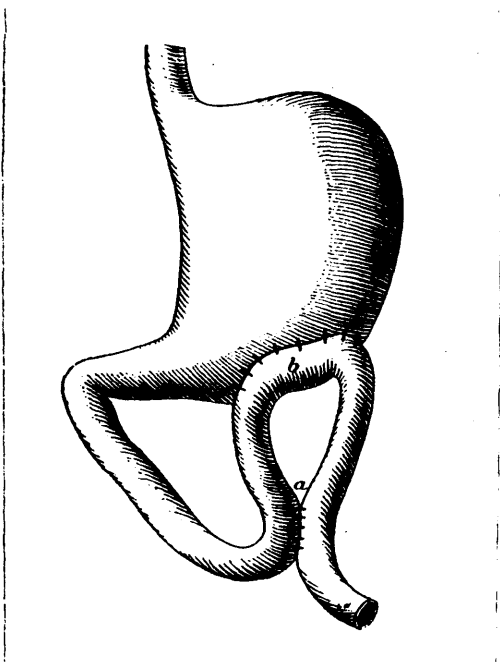
Toda gastroenteroanastomosis debe ser amplia, asegurar un buen drenaje y evitar el círculo vicioso. En busca de este ideal, desde la gastroyeyunostomía antecólica de WÖLFLE se suceden los ensayos, iniciados en



GASTROENTEROANASTOMOSIS TIPO WÖLFLE



GASTRO-ENTEROSTOMIA DE WOLFLER-ROUX



GASTRO-ENTEROSTOMIA DE LAUENSTEIN-BRAUN

1883 por COURVOISIER (156), que practica la anastómosis en la cara posterior gástrica, precediendo en dos años al relato de VON HACKER (157). Las anastómosis isoperistálticas (en oposición a la antiperistáltica efectuada originalmente por WÖLFER), la mejor ubicación del estómago, los esfuerzos por acortar el asa aferente, las derivaciones entre asa eferente y aferente (BRAUN (158) y ROUX (159)), así como el uso de elementos tales como — las placas de hueso descalcificado, el botón de MURPHY, etc., son la demostración de la persecución infatigable de una técnica perfecta para la operación saludada por muchos como la más terapéutica de la cirugía gástrica.

El primer caso de gastroenteroanastómosis realizado en España, lo indicó RIBAS Y PERDIGO (160), en un enfermo diagnosticado de gastro-ec-tasia por estrechez pilórica, en que previamente se habían ensayado todos los recursos médicos (administración de absorbentes, desinfectantes, pur-gantes, vendajes contentivos, etc.). En el Hospital de la Santa Cruz, en - agosto de 1892, SOJO practicó la gastroenteroanastómosis según el proceder de WÖLFER, ante la imposibilidad de agrandar la luz duodenal. La interven-ción duró veinte minutos y fue presenciada por numerosos médicos, entre — los que se encontraban los doctores GINE y MASSO. El enfermo curó en treín-ta días y fue reoperado al año por el mismo SOJO (161), que volvió a prac-ticar una nueva gastroenteroanastómosis, al no serle posible permeabilizar la anastómosis de la intervención previa. El siguiente caso sólo tiene de común con el anterior la técnica empleada, porque su etiología era un cán-cer de píloro y el resultado fue el fallecimiento del enfermo a los diez - días. Fue operado en 1893 por RECASENS (162). El tercero caso lo realizó - FARGAS (163) en la primavera de 1895, en un enfermo que padecía una esteno-sis pilórica y que curó con la intervención. Al año siguiente inician sus series CARDENAL, ESQUERDO, MORALES y obtiene su primer éxito con este tipo de intervención RECASENS. En 1897 repiten sus actuaciones CARDENAL, ESQUER-

DO, FARGAS, RECASENS, y se incorpora a este fervor por la gastroenteroanastómosis RAVENTOS. Este inventario de los primeros casos, señala la predilección de la escuela catalana por esta intervención, clasificada años más tarde por CARDENAL, de forma terminante, como "la más importante de las modernas operaciones de la cirugía gástrica y a la que puede pronosticarse una vida más duradera, por no decir definitiva y perpetua" (164).

En Madrid no tiene lugar esta intervención hasta finales de — 1897, en que RIBERA (165) la practica por vez primera. A título anecdótico señalaremos que fue presenciada por URRUTIA, entonces alumno interno y más tarde figura relevante de la gastroenterología y primer gastroenterólogo — médico-quirúrgico. Al año, RIBERA repite la intervención en otro caso de — estenosis pilórica, falleciendo el enfermo. BERRUECO (166) presentará al — Congreso Hispano Portugués de Cirugía y sus Especialidades Naturales, un — caso de gastroenterostomía operado por él en el Hospital de la Princesa. — Los dos casos siguientes de RIBERA son de 1900, uno por úlcera gástrica y otro por cáncer gástrico. En esta fecha se incorporan a este tipo de cirugía LOZANO (167) y BRAVO CORONADO (168).

La disparidad existente entre el número de casos realizados — hasta 1900 por CARDENAL (veintinueve casos), RAVENTOS (trece casos), RECASENS (diez casos), ESQUERDO (nueve casos) y los cuatro casos de RIBERA, se explica porque para este último autor, la gastroenteroanastómosis no tiene más que una indicación mecánica y, como tal, sólo sirve como tratamiento — paliativo del cáncer siendo, por tanto, partidario de la resección y sólo aplica la gastroenteroanastómosis en los casos en que no es posible extirpar la lesión. Por el contrario, la escuela catalana, representada por — CARDENAL (169), reserva la resección para el "cáncer incipiente o principio

de degeneración de una úlcera simple" y cuando esto no ocurre son partidarios de la gastroenteroanastómosis. No obstante, RIBERA irá aumentando su estadística, que en 1908 es de 101 casos y que al final de su vida se convertirán en 83 gastroenteroanastómosis por afecciones benignas del estómago y 65 por procesos malignos.

La gastroenteroanastómosis, independientemente de que algunas escuelas forzasen su indicación, consigue a partir de 1903 su mayoría de edad en nuestro país. Esta aseveración encuentra su apoyo en las estadísticas expuestas, y se confirma al recordar que la de RIBAS (170), en 1904, es de treinta y cuatro enfermos, y en el mismo año MADRAZO (171) cuenta con siete. Si a esto se le añaden los cien casos de RUSCA (172), los ciento dieciocho de RIBAS (173), los treinta y siete de GUEDEA (174), los treinta de GOYANES (175) y los ocho de LOZANO (176), en 1908, no extrañará que en 1914 LOZANO (177) posea ya ciento treinta y cuatro y RIBAS (178) trescientos cincuenta casos de gastroenteroanastómosis.

La técnica seguida por nuestros cirujanos fue muy heterogénea, pues viven la época en que se busca un procedimiento perfecto para la operación más terapéutica de toda la cirugía gástrica, según el criterio del momento. En los primeros casos, se realizó el procedimiento original de WÖLFLE (gastroeyunostomía anterior precólica), que en contraposición a su sencillez, presentaba los inconvenientes de la flexión brusca del asa eferente y la presión sobre el colon trasverso, que remedia DOYEN (179) en 1894, introduciendo el epiplón mayor en la transcavidad de los epiplones y fijándolo mediante puntos de sutura, al igual que el colon, a la curvatura mayor del estómago. Esta técnica es la seguida en los primeros casos de CARDENAL, ESQUERDO, FARGAS, y en el segundo de RECASENS. VON HACKER (180),

en 1885, busca la vía transmesocólica para suturar el yeyuno a la cara posterior gástrica, creando un asa aferente corta. La simplicidad de tal técnica fue seguida por multitud de cirujanos. En España, desde 1897, es el método utilizado con predilección por la escuela catalana (181) (CARDENAL, ESQUERDO, MORALES, RAVENTOS, RIBAS, RUSCA, etc.), ya de forma ortodoxa o añadiéndole la variante de HARTMANN (182), que fija el yeyuno en gran extensión al estómago, siguiendo una línea casi transversal de izquierda a derecha y algo de arriba a abajo.

Muchas veces, la autopsia descubre que los fracasos se debían a un fallo de la sutura; por ello se substituyó la de LEMBERT, a puntos sueltos, por una continua. Esta deficiencia, y la imperfecta unión de los bordes, que daban origen a lengüetas, estimularon a los cirujanos a crear unos aparatos que obviasen estas dificultades y abreviasen la operación. Así nacieron las placas primero, y los botones después, siendo el de MURPHY el que más predicamento obtuvo. El método se basaba en obtener sin suturas una adherencia rápida de las serosas y fue inventado en 1892 por MURPHY (183), de Chicago, para anastomosar la vesícula al intestino. El éxito del método impulsó a emplearlo en las anastomosis del estómago y del intestino. Se idearon otros modelos de botones y los más conocidos y empleados fueron los de WILLARD (184) y JABOULAY (185). La primera vez que se usó en España el botón de MURPHY para tal fin, fue en 1896 por MORALES (186), en sus tres primeros casos de gastroenteroanastomosis. La sutura fué preferida por la mayoría de los cirujanos y algunos, como RIBERA, lo desechan de forma absoluta. Al amparo de la modificación de JABOULAY, en 1910, ESTAPE (187) trató de rehabilitarlo, practicando desde esa fecha a 1913 siete gastroenteroanastomosis. Califica la técnica de sencillísima y de resultados espléndidos, tardando en toda la intervención entre 10 y 12 minutos, pues no se necesita

ningún punto de sutura para su colocación. En realidad, el botón de JABOULAY al igual que había sucedido con el de MURPHY, es pronto abandonado, pues si reducía la mortalidad, no estaba exento de complicaciones, aunque no fueron éstas, sino el perfeccionamiento de la técnica y un mayor hábito quirúrgico lo que produjo su olvido.

RIBERA, siempre que puede, practica el método en Y de ROUX, con implantación retrocólica y en la cara posterior, próximo al antro. Para él, es un procedimiento ideal, por cuanto evita el círculo vicioso, crea un píloro lo más próximo a lo normal, no predispone a la formación de úlceras pépticas y el solo inconveniente de ser más laborioso, no es una objeción sólida, ya que en sus manos, el tiempo de intervención no es superior a los cuarenta minutos y si "el enfermo no puede tolerar un Roux (...) sería mejor dejarlo (s) morir tranquilo (s)" (188).

Vemos, pues, que el número de procedimientos de gastroenterostomía es numeroso y parece que la gran cantidad de los mismos debería dificultar su elección. Ello no sucedió, pues cada cirujano realiza la mayor parte de las veces un mismo método, o cuando el de su preferencia no era aplicable lo sustituía por otro perfectamente ensayado por él. Esta diferencia de procedimientos fue mantenida, porque los resultados solían ser buenos e independientes de la técnica, ya que más importante que el método elegido era la perfección de ejecución; de tal manera, que la repetición de un mismo método aumentaba la destreza de ejecución y, consecuentemente, los resultados eran mejores, creando defensores acérrimos de una técnica, al creer que las buenas estadísticas se debían a ella, cuando eran producto de la perfección técnica. Por ello, a veces un procedimiento defectuoso, pero perfecto en su ejecución, es mejor que uno bueno realizado imperfectamente.

IV - Aportación española a la cirugía gástrica.

La aportación española, en cuanto a la técnica de la GASTRECTOMIA se refiere, fue nula, si bien una de las intervenciones que más reputación han tenido fue realizada en España por primera vez. Su ejecutor fue - JIMENEZ, pero el promotor espiritual de tal acción fue RIBERA, pues por su consejo se llevó a cabo.

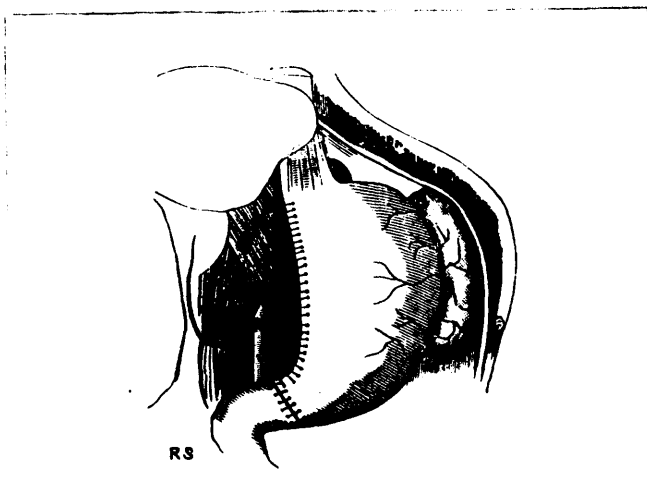
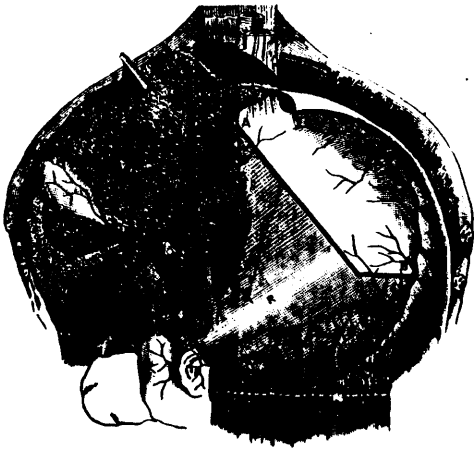
Las frecuentes dehiscencias en el punto de confluencia de la sutura de cierre y de la anastómosis gastroduodenal, restó popularidad al procedimiento de BILLROTH - I. KOCHER (189) creó, en 1891, su procedimiento de resección del píloro, con anastómosis término-lateral del duodeno a cara - posterior gástrica, en un intento de evitar tal complicación. Este no fue - el único motivo, ya que la auténtica razón está en la alta mortalidad del - 66 %, no aminorada por el uso del segundo proceder de BILLROTH. La contribución más importante y la transferencia del BILLROTH - I al límite de su - perfección técnica, es obra de SCHOEMAKER y VON HABERER. SCHOEMAKER (190) - en La Haya, en 1911, resecta toda la curvatura menor, según una línea oblicua que parte del cardias. El muñón gástrico restante lo utiliza para unir - lo al duodeno.

Nueve años antes tiene lugar esta intervención en el Hospital - de San Carlos de Madrid, en manos de JIMENEZ (191), que procedió de la siguiente forma: "Aislado el estómago, coloqué dos pinzas de presión Doyen en la dirección de una línea que desde la parte derecha del cardias llegase a la curvatura mayor del estómago en la unión de su tercio derecho con sus - dos tercios izquierdos; otras dos pinzas fueron colocadas en el duodeno des

pués de haber sido bien aislado de la cabeza del páncreas (...), procedí a practicar la sutura en la siguiente forma: sobre el corte gástrico, y siguiendo la técnica de Kocher, hice una sutura de pellejero que comprendió todo el espesor de sus paredes, y dejando al nivel de su extremo inferior, según el procedimiento de Billroth, una abertura de unos cinco centímetros, aproximadamente, que armonizase en amplitud con la luz del cabo duodenal. Esta sutura fue invaginada y recubierta por una sutura continua sero-serosa. Procedí enseguida al enchufe del duodeno con la porción no suturada del corte gástrico por medio también de dos planos de sutura continua, quedando de esta manera restablecida la correspondencia gastrointestinal".

De esta intervención, JIMENEZ solo sacó una consecuencia: que su caso era digno de publicarse, porque se trataba de una gastrectomía extensa. No supo ver la utilidad práctica que un hecho fortuito puso delante de sus ojos. Le faltó el talento necesario para elevar el hecho fortuito a génesis mental que, madurada, le hubiese permitido llegar a deducciones clarividentes. Por ello no caemos en la ligereza de pretender más notoriedad para él que la que pudiera corresponder a sus compañeros por el hecho de realizar gastrectomías más o menos amplias, ni acusar a SCHÖMAKER de apropiación. Es que el mérito que otorga la historia no se basa en apreciaciones simples; por ello una técnica más o menos exitosa, o el hecho de ser el primero en realizarla, no suele otorgar a sus autores demasiado derecho al recuerdo perpetuo, salvo que su obra sea la materialización de una idea elaborada y estudiada. La aplicación de este criterio a la técnica de GASTRECTOMIA original de RAVENTOS (192) despoja a su autor de gran parte de mérito, y la ausencia de su realización en el quirófano la convierte en idea ineficaz. Pocos son los datos que sobre la misma existen, pues RAVENTOS no dedicó ninguna de sus pocas publicaciones a su técnica y en los escasos tra-

GASTRECTOMIA REALIZADA POR JIMENEZ SEGUN TECNICA QUE CREO
NUEVE AÑOS DESPUES SCHOEMAKER



bajos biográficos sobre su autor, no se hace referencia a la misma. La única reseña se encuentra en las actas de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, que recogen la sesión del 21 de diciembre de 1898 en la que RAVENTOS presenta su técnica, que cree es original y que ya ha ensayado en el cadáver. En esencia, consiste, una vez efectuada la pilorectomía, en restablecer la continuidad digestiva mediante una gastroenteroanastómosis en Y de ROUX modificada. Idea ya aplicada por este autor en 1893, — como procedimiento a emplear después de la pilorectomía y en la que como variante técnica que la diferencia de las gastroenteroanastómosis por él descritas, el asa yeyunal se implanta en la cara anterior gástrica, una vez cerrado el bordo de sección gástrica.

RAVENTOS realiza un corte longitudinal en el extremo del asa yeyuno-duodenal, de longitud equivalente a la mitad del perímetro de la sección gástrica, regularizando los ángulos, de modo que este cabo intestinal pueda ser cortado en pico de flauta y así suturarlo al borde de sección gástrica. El resto de la intervención en nada se aparta de la clásica de ROUX. Así, la técnica de RAVENTOS es una anastómosis en Y, término-terminal, que la distingue de la de ROUX de 1893 en que la anastómosis entre el yeyuno y el estómago es latero-terminal. No sabemos por qué no llegó a ponerla en práctica ni por qué su autor abandonó una idea que en aquella época significaba un perfeccionamiento, como lo demuestran las modificaciones que a las anastómosis en Y hacen el mismo ROUX (1901), RYDYGIER (1904) y MOSKOWICZ (1908). La técnica de este último autor prácticamente es idéntica a la de RAVENTOS, y por supuesto posterior y más conocida.

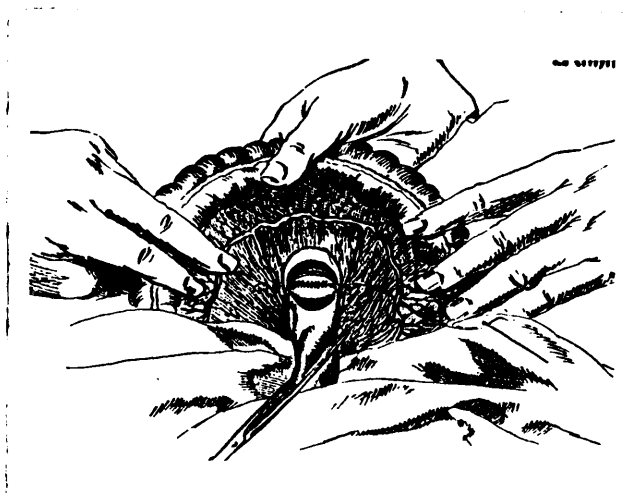
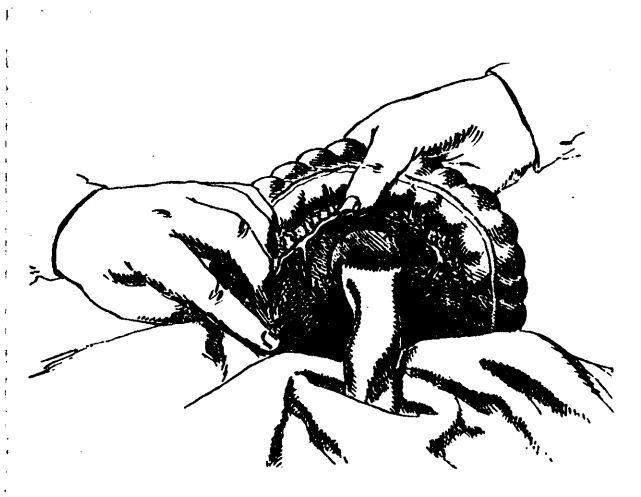
Ya desde los preludios de la cirugía gástrica, la gastroenteroanastómosis, a la vez que es considerada como el incomparable tratamiento — de la estenosis pilórica, amplía sus indicaciones y se ve modificada su téc

nica con el ensayo de nuevos métodos que intentan evitar tanto los fracasos como las complicaciones que la nueva situación anatómica origina. La más importante es el círculo vicioso, término de origen germánico, que quiere significar que el contenido gástrico no desciende hacia la porción terminal — del intestino, hallando para su progresión algún obstáculo o cuando los líquidos que circulan por el intestino refluyen al estómago.

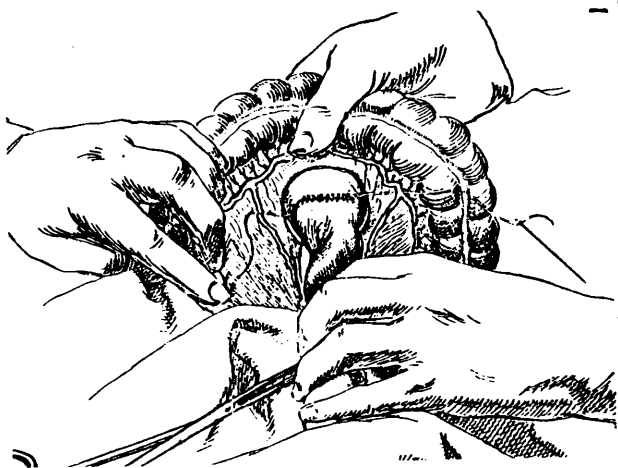
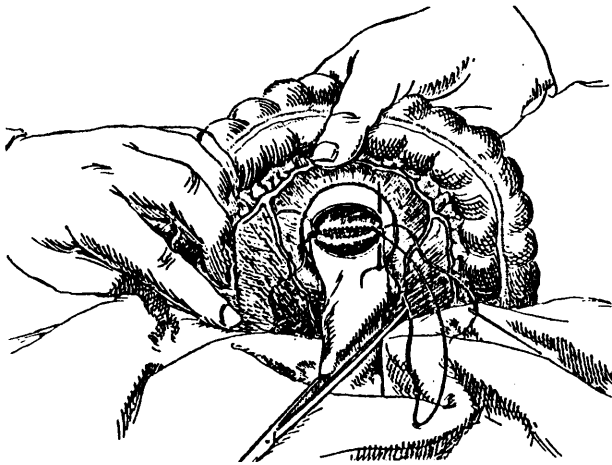
A la numerosa lista de modificaciones técnicas que sufrió el — primitivo método de WÖLFER, hay que añadir procedimientos españoles.

EL METODO DE RUSCA, es un procedimiento que si bien no es del todo original, por cuanto está compuesto por la suma de varias maniobras existentes en otros métodos, fue útil y a partir de 1903 muy usado por nuestros cirujanos. Su autor parte del postulado de que "el mejor procedimiento de gastroenteroanastómosis será aquél que realice su objeto, dejando los órganos en la situación más próxima a la normal. He aquí el principio que nos ha guiado en la modificación del procedimiento operatorio que hoy seguimos" (193). Su método consiste en crear una gastroenteroanastómosis valvular, pero en el que la anastómosis es retrocólica posterior y el asa yeyunal corta y vertical. Según RUSCA, este método "reune las cualidades de alterar lo menos posible las condiciones anatómicas y fisiológicas de la digestión y de ser de ejecución rápida y sencilla; es realizable en todos los casos en que cabe practicar la anastómosis del intestino a la pared posterior del estómago y evita la producción del círculo vicioso" (194). Su ejecución, una vez confirmado el diagnóstico, se realiza de la siguiente forma: Se busca el — origen del yeyuno y por un pequeño orificio practicado en la zona avascular del mesocolon, se hernia la cara posterior gástrica, que próxima a su curvatura mayor va a recibir la anastómosis. Una vez efectuada ésta, se pueden —

GASTROENTEROANASTOMOSIS POR EL METODO DE RUSCA



GASTROENTEROANASTOMOSIS POR EL METODO DE RUSCA



distinguir dos ramas, una superior o central y otra inferior o terminal. Esta disposición la distingue del método de HACKER, en que el asa aferente es izquierda y la eferente derecha, y del método de KOCHER, en que la denominación o posición es anterior y posterior. Colocado el primer plano de sutura sero-muscular, se practica un corte semilunar de convexidad inferior en la cara anterior del yeyuno y otro en el estómago, de sentido contrario, con el objeto de que la anastómosis sea amplia y que forma una válvula que en los primeros momentos impida el acceso al estómago de los jugos intestinales. El segundo plano, de sutura circular, abarca todas las capas del intestino y del estómago; después se hace otra sutura seromuscular y, finalmente, una corona de puntos fija la abertura del mesocolon al estómago.

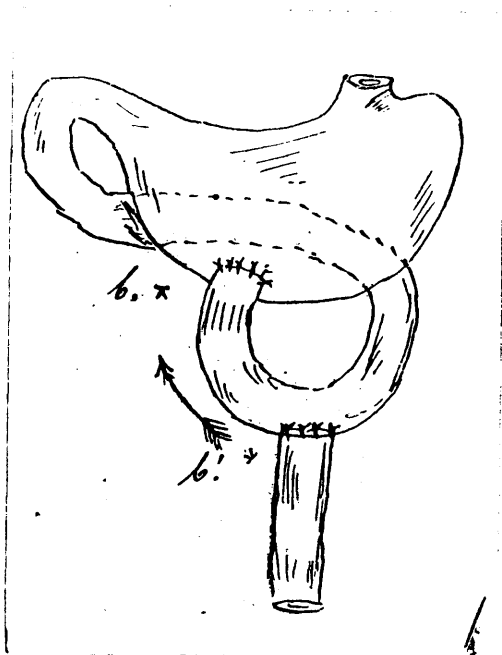
RUSCA realizó por vez primera su procedimiento en febrero de 1903, en un varón de 37 años que curó. Desde esta fecha hasta mayo de 1904, operó veinticuatro enfermos, obteniendo en todos la curación absoluta. CARDENAL seguirá desde entonces fiel a este proceder, y RIBERA y GUEDEA invitaron al autor a efectuarlo en el anfiteatro de San Carlos, en octubre de 1903, aceptando tal método como operación de necesidad, pues seguirán prefiriendo el método de ROUX.

No es preciso insistir en lo que este método significó, pues fue un intento más de buscar una técnica perfecta para una operación planeada como fisiológica. El tiempo demostró, con los fracasos tardíos de la gastroenteroanastómosis, que el error no residía en defectos técnicos, sino en la operación. A partir de entonces (en nuestro país en 1929) la gastroenteroanastómosis deja paso a la gastrectomía como proceder quirúrgico en el tratamiento de las enfermedades gástricas.

Existe una anécdota que, de ser cierta, se convertiría en el argumento más válido para que con la frialdad histórica se hiciese justicia, y este método pasase a denominarse de RUSCA-CARDENAL. Del primer autor se— ría la idea de la formación de la válvula y del segundo la anastómosis lon— gitudinal. El suceso en cuestión (195) es el siguiente: CARDENAL, preparan— do su ponencia al XIV Congreso Internacional de Medicina, que se celebraría en Madrid en 1903, lee el artículo de PETERSEN, asistente de CZERNY en Hei— delberg, en que explica la superioridad anatomo-funcional de la implanta— ción longitudinal del yeyuno. Entusiasmado con el artículo, se lo explica a sus ayudantes GUERRI, MOYA y RUSCA y les manifiesta su deseo de ponerlo en práctica tan pronto le sea posible, lo que sucede al regreso del Congreso.— Al practicar la gastroenteroanastómosis por el método longitudinal, para fa— cilitar la sutura RUSCA indicó al maestro la idea de sustituir la anastómo— sis longitudinal por la abertura en válvula. Pese a estar tomada esta anéc— dota de una publicación realizada por iniciativa de la Academia y Laborato— rio de Ciencias Médicas de Cataluña, los siguientes datos la convierten en un suceso ilusorio. RUSCA explica su método en su tesis doctoral, publicada en 1904, y dice en ella que "al emplear por primera vez nuestro método ope— ratorio, no teníamos noticias de los trabajos de Petersen (de Heidelberg) so— bre esta misma cuestión. La comunicación dirigida por este cirujano en abril (1903) al Congreso Internacional de Medicina de Madrid, nos dió ocasión de estudiar sus publicaciones y ver que el procedimiento, empleado más de dos— cientas veces en la Clínica de Czerny, difiere poco del nuestro y se apoya en los mismos fundamentos anatómicos (196)". Aquí tenemos la primera con— tradición, pues RUSCA no hace referencia a CARDENAL, ni como informador ni como primer ejecutor. El segundo hecho divergente está en que RUSCA realizó su primer caso en febrero de 1903, por tanto es motivo de discusión en la — Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, como sucedió en mar— zo de 1904 (197), se refiere a él en términos de posesión absoluta sin que

exista desacuerdo por los participantes (RIBAS, RAVENTOS, L. CARDENAL, BARTRINA, ESTAPE). Más aún, GOYANES en el II Congreso Español de Cirugía, cuando se refiere al método lo denomina de PETERSEN-RUSCA. Creemos que estos argumentos son lo suficientemente consistentes, a pesar de que L. CARDENAL — (198), en 1907, sólo concede a RUSCA la idea de sustituir la anastómosis — longitudinal por la abertura en válvula, de que FARGAS (199) afirme en 1914 que "sin duda, a éste (Rusca) pertenece la prioridad de la publicación, pero la paternidad del mismo es de Cardenal" y de que RIBAS (200) la denomine de CARDENAL o PETERSEN; claro que estos autores no aportan otro dato que el valor de sus palabras. Creo que al igual que sucedió con la piloroplastia de HEINECKE-MIKULICZ, esta técnica de gastroenteroanastómosis debería recordarse en la Historia de la Medicina como de RUSCA-CARDENAL, pues nadie puede negar que el prestigio de este autor hizo mucho para popularizarla.

"Una modificación al procedimiento de gastroenteroanastómosis — en Y de ROUX. Gastroenterostomía en T", es el modesto título que GOYANES — (201) usa en 1916 al publicar su técnica. Si la recogemos aquí, es por que la idea nació en 1900, cuando "ayudando a mi maestro, el profesor SAN MARTÍN, a hacer una gastroenterostomía ipsolón (entonces se practicaba siempre esta técnica), se me ocurrió que sería indiferente implantar en el estómago el cabo aboral o el cabo oral del intestino seccionado. Es más, implantando el cabo oral (gastroenterostomía que hemos designado en TAU), se tiene la — ventaja de que en el segmento del intestino comprendido entre la boca anastomótica y la anastómosis entero—entérica, las contracciones peristálticas van en dirección al estómago y actúan, por lo tanto, como un esfínter, tanto más enérgico teóricamente cuanto más largo es el segmento intestinal" — (202). Cuando la puso en práctica, apenas tuvo aplicación, pues en ese tiempo, para la gastroenteroanastómosis casi no existían ya indicaciones, y el



GASTROENTEROANASTOMOSIS IPSOLON DE GOYANES

procedimiento de ROUX era excepcional y sólo usado cuando las adherencias - gástricas impedían realizar la gastroenteroanastomosis retrocólica posterior por aposición.

Original de S. CARDENAL es una pequeña maniobra no descrita anteriormente por ningún otro autor y que simplifica la realización de la - - anastomosis yeyunal. Una vez realizada la sutura sero-serosa entre estómago y yeyuno y abierto en las vísceras el orificio anastomótico, se procede a - la sutura de adaptación de todos los planos del estómago e intestino. Para ello, recomienda CARDENAL "que no se proceda como de ordinario empezando - por uno de los ángulos o extremidades de la incisión, sino que por el con- trario, se empiece por el centro de la pequeña válvula, dirigiéndose hacia - uno de los extremos, el izquierdo por ejemplo, y no se anude el hilo hasta después de haber dado la vuelta al ángulo y nos encontraremos en la porción convexa o superficial de la sutura. Abandonando entonces este hilo, se vuel- ve al centro de la válvula, o sea al punto de partida, se contornea del mis- mo modo el otro ángulo de la incisión y continuando por la cara convexa del intestino, se llega con toda comodidad al punto en que dejamos el otro cabo con el cual se anuda éste" (203). Esta maniobra permite que la sutura se ha- ga de forma primorosa, lo cual es muy importante por ser la finalidad de la misma la adaptación y la hemostasia, no quedando dudas sobre la perfección de la sutura, sobre todo a nivel de sus ángulos, que son los puntos más pe- ligrosos. Esta maniobra se sigue hoy usando y tiene tanta validez, como ol- vido su autor.

Otra contribución original a la técnica de la gastroenterosto- mía proviene de ORTIZ DE LA TORRE. Los buenos resultados obtenidos con los primeros casos de gastroenteroanastomosis, no se repetían matemáticamente, - debido en parte en que cuando esta intervención era aplicada en enfermos -

con píloro permeable, no salía siempre todo el contenido gástrico por el — nuevo píloro.

ORTIZ DE LA TORRE, en 1905, lanza una hipótesis para explicar — este hecho. A pesar del nuevo píloro, el peristaltismo gástrico seguirá enviando el contenido gástrico en la dirección del píloro; en cambio, esto no sucedía cuando el nuevo píloro fuese la única salida, porque las fibras musculares del estómago se adaptarían a la nueva función y todo su esfuerzo se dirigiría hacia la zona de menor resistencia, hacia la única abertura que — la intervención había abierto. Por ello, este autor propone "Una obliteración completa del antiguo estrechado (...), podrá hacerse una ligadura, o — constricción en la raíz del duodeno con una tira de gasa, para que sea ob— turadora sin llegar a ser necrosante de las tónicas, o acaso mejor un plegamiento o fruncimiento del píloro mismo por medio de suturas sero-serosas al alrededor de este órgano que ahoguen su calibre por adherencias externas" — (204).

No llega a poner en práctica esta modificación, pues tres años más tarde confiesa que la "gran fijeza y las relaciones vasculares de la ca ra posterior del duodeno, hacen muy poco movilizable la región donde hay — que actuar" (205), y por tanto es difícil conseguir la completa oblitera— ción operatoria del píloro; no obstante, confía firmemente que se logrará.

La petición de prioridad para la idea de nuestro compatriota, — la basamos en los siguientes hechos: 1º.— La gastroenteroanastómosis con ex clusión pilórica, propuesta en 1893 por DOYEN (206) y reglamentada por VON EISELSBERG (207) en 1895, es anterior, así como otros métodos de exclusión propuestos, consistentes en ligadura del píloro sin sección, ligaduras con seda, con tiras de aponeurosis, con epiplón, etc., pero tenían por objeto —

que el estómago drenase exclusivamente en la rama eferente y de esta forma evitar la perforación y la hemorragia de la úlcera excluida.- 2º.- El único trabajo anterior al de ORTIZ DE LA TORRE, buscando explicación a los trastornos dispépticos en la permeabilidad del píloro, es el de KELLING (208), de 1900. Los de CANNON y BLAKE (209), los de LEGGETT y MAURY (210), así como los de TUFFIER (211) y DELBET (212) son posteriores. Estos datos son suficientes para demostrar que el autor español fue el primero al que se le ocurrió obliterar quirúrgicamente el píloro, con la esperanza de obtener los excelentes resultados que seguían a toda gastroenteroanastomosis practicada en enfermos con píloro cerrado. No obstante, el valor de su idea fue nulo, por cuanto enseguida se vió que las operaciones de exclusión, — amén de no proteger contra la hemorragia y la perforación, originaban un porcentaje muy alto de úlceras de boca anastomótica. Su proyecto, para la época en que fue concebido, hay que considerarlo como importante; por eso causa extrañeza que cuando ABAYTUA (213), en 1908, publica un folleto muy documentado sobre "Deficiencia de la gastroenterostomía para la curación radical de la estenosis pilórica de los gastrosucorréicos", ignore a ORTIZ DE LA TORRE.

Simultáneamente a ORTIZ DE LA TORRE, a GOYANES y SAN MARTIN (214) se les ocurrió aplicar la gastroscopia como complemento diagnóstico durante el acto operatorio, y así obtener con certeza el estado de la úlcera. Una vez realizada la sutura posterior, introducen en la boca anastomótica un rectoscopio mediano de HERZTEIN, inspeccionando las paredes gástricas y la región pilórica. Así pues, la exploración endoscópica gástrica a través de la boca de la gastroenterostomía, los convierte en pioneros de una técnica, que cuarenta años más tarde BENEDICT (215) hará conocida gracias a la invención de un gastroscopia operatorio.

Por otro lado, SAN MARTIN y GOYANES (216), usando este método, — perfeccionaron la escisión cuneiforme de la úlcera gástrica, creando una — técnica muy similar a la de KRASKE que el segundo de los autores, al comuni— car su método, en 1923, a la Real Academia de Medicina de Madrid, confiesa que no conocía. La aplicación por GOYANES de esta técnica en fechas poste— riores al periodo estudiado, hace que no nos detengamos en más comentarios.

El primer método quirúrgico del mundo aplicado en clínica, que reconoce el papel de los nervios gástricos en la fisiopatología ulcerosa, — es probablemente el propuesto por el cirujano español CELESTINO ALVAREZ. — Hoy día, el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal e incluso de la — gástrica, cuenta con un proceder, aún no del todo aclarado su mecanismo de acción, pero que produce resultados esperanzadores, dada su baja mortalidad y morbilidad. Este método, relativamente nuevo, se denomina vagotomía. Funda su valor terapéutico en que la sección de los vagos suprime la fase nerviosa de la secreción, impide la liberación de gastrina de origen vagal, re— duce la secrección total de jugo gástrico y disminuye el tono y motilidad, — sin producir graves trastornos secundarios. Según parece, la primera vagoto— mía fue realizada por JABOULAY (217), en 1901. EXNER y SCHWARZMAN (218), en 1912, la indica en las crisis tabéticas y STIERLIN (219), en 1920, la pone en práctica sobre ulcerosos. Por este tiempo, LATARJET (220) y WERTHEIMER — (211) y SCHIASSI (222) crean sus técnicas. Las deficiencias en los resulta— dos se debían a vagotomías incompletas, a la falta de operación de drenaje, que hoy día sabemos debe acompañar a toda vagotomía y, en suma, a la insufi— ciencia de conocimientos sobre la fisiología de la secrección gástrica que le diera una sólida base. Por todo ello, la operación cayó en desuso, hasta que los trabajos de DRAGSTEDT (223) reconquistaron para la vagotomía su de— recho de ciudadanía. Estos son los métodos que a comienzos del siglo pasado y a la luz de la teoría neurotrófica del ulcus, buscaban denervar el estóma

go.

Anterior a estos métodos es el procedimiento de bloqueo nervioso sobre el simpático, de CELESTINO ALVAREZ, que tiene como únicos precedentes las operaciones de FOERTER y de FRANKE. En la primera se seccionan las raíces medulares posteriores, previa abertura del canal medular y de la dura madre. En la segunda se extirpan los ganglios dorsales y pares intercostales en las proximidades de los agujeros de conjunción.

Para ALVAREZ, su operación encuentra su indicación en los úlceras hemorrágicas, en la mayoría de las úlceras incipientes y en los trastornos pilóricos espásmicos, estando contraindicada en las lesiones ulcerosas avanzadas y en los trastornos debidos a lesiones cicatrizales. La intervención consiste en la torsión y arrancamiento bilateral de los nervios intercostales V, VI, VII, VIII y IX. Las tracciones sobre los mismos deben ser enérgicas, evitando que la extremidad central del tronco nervioso se quede entre los bocados de la pinza.

Tenfa, pues, una base anatómica muy razonable, por cuanto hoy sabemos que el estómago y duodeno reciben su innervación simpática desde los segmentos espinales torácicos (VII y VIII). En consecuencia, el dolor de la úlcera péptica es referido al VII y VIII dermatomos torácicos (el epigastrio); sin embargo los segmentos torácicos más altos (V y VI) o más bajos (IX y X) pueden contribuir con bastantes fibras a la innervación del estómago y del duodeno. La base fisiológica se encuentra en el hecho de que en las úlceras gástricas existe una secreción abundante, que es de origen refleja y está bajo la influencia del simpático. Esta sería modificada o suprimida por el acto operatorio, por que la elongación de los intercostales origina una conmoción simpática. Según el autor, "la intervención, modifi-

cando la secrección refleja o suprimiéndola en estado de vacuidad del estómago, suprimirá la causa del espasmo y cesarán los trastornos dependientes de este fenómeno (224)".

La base anatómica era cierta; por ello desaparecía la sintomatología dolorosa, pero no se obtenía una curación, pues su base fisiológica era errónea, por cuanto la regulación nerviosa de la secrección depende del parasimpático (vago). Los fundamentos teóricos de esta intervención carecían de consistencia, y desde el punto de vista clínico, las mejorías eran temporales y por tanto la eficacia de la operación era escasa.

El origen de esta intervención fue casual, cuando en 1897 ALVAREZ, después de extirpar un tumor (lipoma) situado sobre las vértebras VII a IX, comprueba la desaparición de las molestias gástricas que sufría la enferma desde hace tiempo. Esta observación clínica, y la comprobación después de la operación de una hiposecrección con hipoacidez, sirvió de base de esta operación. Esta intervención tuvo desde el principio resultados contradictorios y su práctica se prolongó hasta que la vagotomía se transforma en una entidad quirúrgica permanente. La operación de ALVAREZ fue en su época un método valorado por el mismo PAWLOW (225), que recomienda se intervenga sobre el quinto par por creer tiene mayor participación en la secrección gástrica. La modificación de PARKER (226), en 1920, sustituyendo el arrancamiento nervioso por inyecciones de alcohol de 60°, previa anestesia de los nervios intercostales, confirma que la técnica de ALVAREZ era tomada en consideración. Los cirujanos españoles (227) que con mayor o menor entusiasmo la usaron fueron: LOPEZ-FANJUL, GUEDEA, CIFUENTES, JIMENEZ, ARNAL y CERVERA. Entre los que la impugnaron se encuentra un internista, GONZALEZ CAMPO, y un cirujano, GOYANES.

Si hoy está carente de valor, hay que adjudicarle el mérito de ser probablemente una de las primeras intervenciones que otorgan al sistema nervioso importancia capital en la producción de la úlcera.

V - Significado de la cirugía gástrica en este periodo (1891-1914)

La repercusión de las operaciones de cirugía gástrica es muy diferente en el intervalo entre 1891 y 1903, o periodo de iniciación, y lo — que significó en el decenio siguiente de consolidación.

La época de INICIACION o introducción de la cirugía gástrica en España se caracteriza, en el plano de las ideas, por la aceptación por el — internista de la existencia de enfermedades gástricas que sólo tienen tratamiento quirúrgico. Entran de lleno en el dominio de la cirugía, las neoplasias gástricas, originen o no estrechez del píloro, y el ulcus gástrico — cuando produzca trastornos mecánicos o surja la complicación de la perforación. Todas las gastrectomías practicadas en este periodo son en enfermos — portadores de un cáncer gástrico, si exceptuamos un caso de RIBERA, en 1903, en que postoperatoriamente no se confirmó esta etiología. Débese ello a que la úlcera de estómago es considerada como enfermedad médica y sólo sus complicaciones tienen un tratamiento quirúrgico. Esto, unido a la opinión general de que la gastroenteroanastómosis es la técnica a seguir, explica que — la primera gastrectomía por úlcera la realice RIBERA en 1904, y por tratarse de un caso excepcional que no era subsidiario de otro tipo de terapéutica. En resumen, la resección gástrica queda reservada para el cáncer gástrico y la gastroenteroanastómosis para las secuelas de la úlcera crónica. El uso — de la cirugía ante una hemorragia, dispepsias, dilataciones simples, síndrome de REICHMAN, etc., eran indicaciones discutibles y discutidas, propugnadas, generalmente, por cirujanos como CARDENAL (228), que veían en la gastroenterostomía una "adquisición definitiva para la terapéutica".

Esta evolución hacia una actitud activa como forma de tratamiento de las enfermedades gástricas, fue lenta. La mayoría de los internistas suscribían el criterio que ROBERT y BOFIL sustentan en su Tratado de enfermedades del aparato digestivo, aparecido en 1889. Estos autores, refiriéndose al cáncer gástrico, expresan su criterio en los siguientes términos: "La cirugía moderna, cuyos progresos nunca serán bastante ensalzados, habiendo logrado hacer fáciles y relativamente benignas muchas intervenciones operatorias, particularmente las de la laparotomía, se ha esforzado, en manos de Billroth y de otros que han seguido sus huellas, en intentar la extirpación del cáncer de estómago (...). De todas maneras nosotros nos felicitamos de las tentativas hechas, por más que hayan sido desgraciadas, porque - justificarán la intervención quirúrgica respecto de otros procesos gástricos que caen de lleno dentro de la cirugía (...). Por tanto, hoy por hoy, - la prudencia aconseja limitarse a un tratamiento puramente sintomático"(229).

Por tanto, una vez efectuado el cambio de mentalidad, la indicación quirúrgica solía ser tardía, bien por asegurar un diagnóstico o por - posponer una terapéutica en la que no tenían fe. La consecuencia era el mal estado general en que los enfermos llegaban a la intervención, con lo que - la gravedad de la misma aumentaba. Cuenta GUEDEA (230) que en 1901, al resistirse a operar su primer caso de gastroenteroanastomosis por el mal estado del enfermo, le respondió el internista: "¿Qué quería usted; que le enviásemos los enfermos a las primeras manifestaciones de su padecimiento gástrico?". RIBERA (231), en su primera serie de quince gastrectomías, perdió siete enfermos, lo que supone una mortalidad de un 46 %, ciertamente alta - si se compara con el 26 % que en aquella fecha conseguían KRÖNLEIN, CARLE, - NICKULICZ, KOCHER y HAJMANN (232). Mortalidad alta la de CARDENAL en sus - primeros casos de gastrectomía (233) y la de los primeros veintinueve casos de gastroenteroanastomosis (234), realizados entre 1896 y 1900. De ello só-

lo puede culparse a los internistas que buscando un diagnóstico firme, situaban a la lesión en periodo tan avanzado que en la mayoría de los casos resulta quirúrgicamente absurda la intervención. Casos así, sólo podían situar la mortalidad de la cirugía gástrica en cifras equivalentes a los primeros casos de BILLROTH, con lo que se perpetúa el miedo a la intervención. Esto es tan exacto, que un internista de la época, por contradictorio que parezca, dijo: "El porvenir de la cirugía gástrica está más en manos de los médicos, que en la probada habilidad de los cirujanos" (235). Resultados poco brillantes, como corresponde a la intervención de una cirugía nueva, pero que sirvieron para ganar, poco a poco, la confianza de médicos y enfermos.

CARDENAL y RIBERA consiguieron impugnar el criterio conservador de los internistas, y se mantuvieron dogmáticos en la idea de que el cáncer de estómago sólo tiene un tratamiento: el quirúrgico. Para el primero, si no se trata de cáncer incipiente, la gastroenterostomía es la operación de elección, a la que el segundo de los autores no le da más valor que a los medios farmacológicos. Así pues, CARDENAL se aparta de la radicalidad de RIBERA, para quien el único tratamiento racional del cáncer gástrico es la gastrectomía, única posibilidad de curación. A ella sólo hay que renunciar después de haber un balance muy ajustado de las lesiones, — pues la extirpación del estómago, por extensa que sea, es posible y tolerable. Esta es la moraleja que extrae de su primera gastrectomía (236), — donde las circunstancias del tumor y su perforación, con las maniobras de liberación, le condujeron a una extirpación casi total del órgano, realizada en una enferma de cuarenta años, que a los veinticuatro días de la intervención salía curada de la Clínica quirúrgica de San Carlos. Le acompañan en esta pauta tajante, JIMENEZ y BRAVO CORONADO, que la hacen pública

en el XIV Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Madrid en 1903. Por tanto, para los seguidores de esta línea sólo existen dos contraindicaciones para la gastrectomía por cáncer: el mal estado general del enfermo y la imposibilidad de extirpación completa de las lesiones, premisas que siguen teniendo vigencia en la cirugía actual. La disparidad de criterios entre los cirujanos es fundamentalmente a nivel de indicación, pues una vez decididos por la gastrectomía, no dudan en ser generosos en la extirpación. Esta época está marcada, en lo que se refiere al tratamiento quirúrgico de las enfermedades benignas del estómago, por un concepto simplista: la retención gástrica; y a ella se vinculó la gastroenteroanastomosis, como único tratamiento.

RIBERA, el cirujano que introduce la gastrectomía en España, firme partidario de la misma, consiguió la estadística más importante de su época. Luchó por un diagnóstico precoz, pieza angular sobre la que descansa la cirugía del cáncer gástrico. En este punto, es dogmático y tajante: "Una verdadera rémora al progreso de la cirugía gástrica, médicos, especilistas y no especialistas y todos cuanto juzguen que el tratamiento médico puede sustituir y aun sobrepasar al tratamiento quirúrgico" (237). A la luz de los conocimientos actuales, podemos afirmar que tenía una idea muy correcta de cómo debería aplicarse la cirugía a las enfermedades del estómago.

S. CARDENAL fue el cirujano que introdujo la gastroenteroanastomosis en España. La divulgó, más que por sus escritos, a través de sus discípulos. Fue el creador de una escuela de cirugía, y si el valor humano de la persona se mide por su capacidad de congregar discípulos, CARDENAL es sin duda el cirujano de su tiempo que más formó. Las palabras de GALLART-MONES definen a CARDENAL: "Podrá discutirse si algún cirujano español de —

aquella época le superaba en cultura, destreza o éxitos quirúrgicos, pero - lo que no admite discusión es que CARDENAL fue el cirujano que aportó mayor número de conocimientos con sus visitas a las clínicas extranjeras, aprendiendo en ellas lo que se debía hacer y, lo que es más difícil, lo que no - se debe hacer" (238).

Para introducir las conquistas de la cirugía gástrica ya sancionadas en otros países, se precisó de cirujanos que dominaran la técnica en la que tenían fe ciega, en una época de atrevimiento que algunos denominaron de temeridad. Era necesario iniciativa operatoria alejada de todo interés y serenidad, porque el estado de los enfermos hacia cierta la frase de TRELAT (239): "Bordeando la muerte, es como la cirugía resucita la vida". En resumen, y en palabras de un fundador de la gastroenterología: "Por sus dificultades manuales y científicas supremas, las operaciones que se practiquen en el estómago requieren en quien ha de ejecutarlas, si han de ser - bien empleadas: habilidad quirúrgica de primer orden; conocimientos de patología y anatomía patológica gástrica de gran finura; serenidad y rapidez extrema de juicio, que permitan elegir, abierto el vientre, con acierto invariable, la intervención seguramente más útil y adecuada en cada caso; manualización rápida, segura y perfecta" (240).

En el periodo de CONSOLIDACION (1903-1914), las indicaciones - del cáncer gástrico no han cambiado. Las de la úlcera gástrica se han restringido, debido a que los resultados lejanos de la gastroenteroanastomosis promovieron un movimiento reaccional de los internistas contra la inclusión de la mayoría de las enfermedades gástricas en el dominio de la cirugía. Un médico de la época dira: "El cirujano, aun perfectamente armado como está, - ha tenido que envainar el bisturí que había hundido en el estómago con precipitada ligereza. Las experimentaciones hechas no han resultado inútiles;-

las víctimas pueden dormir en paz; su sacrificio no ha sido estéril; ha enseñado a los cirujanos de hoy día ... la modestia" (241). A este movimiento se unen, en parte, los cirujanos, movidos por iguales motivos, pues la gastroenteroanastómosis, ni evita la hemorragia, ni la perforación, ni impide la degeneración de la úlcera, y sí expone a la formación de nuevas úlceras, como demostrará por vez primera BRAUN (242), a los diecisiete años de practicarse la gastroenteroanastómosis. A la vez que el cirujano limita su aplicación de la gastroenteroanastómosis sobre la úlcera de estómago, hay una evolución hacia la resección. Este afán reseccionista, característico de este periodo, incluye a partir de 1914 a la úlcera duodenal. Ya no es una cirugía simplista, pues toma el antro como el mayor centro de actividad gástrica.

En nuestro país esto es cierto en el plano teórico, pero no — así en la práctica, ya que un cirujano de la época nos dice: "Hoy por hoy en el momento actual y más en nuestro país, la resección es una operación de excepción, quedando la gastroenteroanastómosis, como operación de elección, operación sencilla, y que bien ejecutada proporcionará una boca amplia, vertical y en la parte más declive del antro pilórico ..., factores todos que contribuirán a los bellos y seguros resultados de la gastroenteroanastómosis" (243). Resumiendo, en este tiempo, a nivel práctico, podemos decir que se consolida la cirugía gástrica del primer periodo, mediante la realización de muchas gastroenteroanastómosis y pocas resecciones — por úlceras. Resecciones primero económicas, luego más amplias, hasta llegar a la resección científica, ya obra de otro tiempo y por tanto ejecutada por otra generación de cirujanos (VIRUTIA, PUIG-SUREDA, CORACIAN, etc.).

Desde el punto de vista técnico, este periodo se personaliza — por los siguientes datos:

1º. En él surgen las contribuciones originales de nuestros cirujanos a la cirugía gástrica.

2º. Las estadísticas son numerosas. Como ejemplo sólo es preciso señalar que BARTRINA (244), entre 1911 y 1914, realizó noventa y ocho intervenciones por afecciones benignas gastroduodenales.

3º. En contraposición al periodo anterior, en que la gastrectomía y la gastroenteroanastómosis dejaron un margen muy pequeño para la aplicación de otro tipo de intervención, ahora el nivel de nuestra cirugía, sin el obstáculo de la gastroenteroanastómosis, permite el uso de otras técnicas, tales como la exclusión del píloro, la piroloplastia, etc.

4º. Asimilación inmediata de las nuevas operaciones que surgen. Baste recordar que RIBAS (245) practicará en 1907 una yeyuno-esófago-gastrostomía u operación de ROUX, al mes de que este autor publicase su técnica, en La Semaine Medicale.

El cambio experimentado por la cirugía gástrica en este periodo fue enorme. Las siguientes palabras de FARGAS, pronunciadas al final del mismo, nos dan una idea: "Si el conflicto que actualmente trastorna y aterra a la humanidad llegara a borrar en aquellas naciones en que tuvo su cuna todo lo que hoy sabemos de Cirugía gástrica, en Barcelona podría escribirse toda, sin que quedara nada que no hubiese sido comprobado y ejecutado nimia y repetidamente, por los cirujanos catalanes" (246).

El cirujano de esta época, que se había formado en una cirugía exerética, comprende que la patología quirúrgica no puede tener como única base conceptos mecanicistas y empíricos. Por ello, sabe que la técnica no -

es todo en Cirugía y las modificaciones se deben hacer en base a principios funcionales. La técnica ya no es preciso que sea rápida, sino metódica. El riesgo quirúrgico empieza antes y acaba después de la intervención. Nace — una cirugía funcional que transforma definitivamente la técnica en ciencia, sin adjurar de la habilidad o destreza manual. Así entendida la cirugía, resulta cierta la frase de LERICHE (247): "Se es verdaderamente cirujano el día en que se ha dejado de ser esclavo de las manos". Por eso el cirujano — comienza a independizarse, a desear sentar él la indicación quirúrgica y a encontrar rancias las palabras que el internista DIEULAFOY (248) pronunciara a finales del siglo XIX: "Porque es precisamente a nosotros y no a ellos a quienes incumbe las más de las veces la difícil misión de establecer las indicaciones y contraindicaciones de la operación y elegir el momento oportuno de armar la mano del cirujano".

RIBAS, RUSCA y GOYANES, son los cirujanos que personifican en este periodo la cirugía gástrica. Los dos primeros, son discípulos directos de CARDENAL, mientras que GOYANES lo es de SAN MARTIN, cirujano fecundo que desarrolló fundamentalmente su actividad quirúrgica en el periodo anterior, pero que en la introducción de la cirugía gástrica en nuestro país, sólo — ocupó un modesto papel.

RIBAS fue el continuador de la obra de CARDENAL y el consolidador de la resección gástrica como tratamiento quirúrgico de la úlcera.

RUSCA es el creador de la aportación original más importante de nuestros cirujanos, concebida en una breve vida.

GOYANES hizo aportaciones originales, y sus resultados quirúrgicos influyeron en la aceptación de la cirugía gástrica. Pero es que además,

fue, en palabras de MARAÑÓN: "El hombre de ciencia representativo de esta - generación de maestros del tránsito entre dos épocas (...). Frente al cirujano superficial, marisavidillo, pancientífico y panliterario y, en la práctica prácticón, él significó el investigador apretado, el lector políglota y siempre insatisfecho, el técnico escrupuloso de los métodos más recientes y atrevidos, el innovador personal de estas mismas técnicas".

Como conclusión global de lo dicho, ¡cuánto camino andado, desde aquella sesión de la Academia Médico Quirúrgica Española (249) en la primavera de 1886, en que se discutió acaloradamente sobre "la invasión de la cirugía en el campo de la medicina"! Cirugía que para PULIDO "ha traspasado, hoy por hoy, los justos límites que debe tener, al amparo de la impunidad nosocomial, la manía operatoria y la ostentación quirúrgica". Cirugía - gástrica desechada por MARIANI, ESPINA y PULIDO, defendida por RIBERA ya — que "la cirugía actual no considero yo que merezca ningún reproche, por lo que se ha dado en llamar sus atrevimientos, y que, como se ve, obedece a indicaciones concretas y no se pueden sustituir por otros medios".

110

CAPITULO IV

CIRUGIA INTESTINAL

Los conocimientos que el cirujano del XIX posee sobre cirugía intestinal, están perfectamente delimitados por el corte que supusieron - para el saber quirúrgico los preceptos listerianos, de tal forma, que la cirugía intestinal del siglo XIX, preantiséptica, se asemeje a la del siglo anterior. El espacio que los textos quirúrgicos de la época dedican a la cirugía intestinal, es ocupado por el estudio de las suturas y del ano preternatural. Las primeras se emplean como tratamiento de las lesiones - intestinales traumáticas y el segundo como única solución de la obstrucción intestinal.

En la cirugía postantiséptica, los preceptos intuídos e incluso ensayados en la época anterior, se convierten en entes sólidos, al - - transformar el ritual antiséptico a la sutura en segura y a la laparotomía en inocua, lo que permita dar por esclarecido el tratamiento de los - traumatismos intestinales e iniciar, por vía científica, la resolución - del otro gran problema de la patología intestinal: la obstrucción intestinal.

Aunque la técnica quirúrgica usada en el tratamiento de las - enfermedades del intestino es poco plural, pues independientemente de la etiología (inflamación, tumores, traumatismos, malformaciones) se reduce a usar la sutura, la resección o la derivación, he preferido con fines ex positivos seguir un orden cronológico en el que se entremezclan las ideas y los métodos, tal como aconteció en la evolución de los mismos. Para - - ello nos valdremos de los siguientes apartados:

- I - Evolución de la técnica de la sutura intestinal, aplicada al tra tamiento de las lesiones intestinales.



II - Evolución de la cirugía intestinal en relación con el tratamiento de la obstrucción intestinal.

III - Nacimiento de la apendicitis aguda como enfermedad quirúrgica.

IV - Significado de la cirugía intestinal en nuestro país.

I - Evolución de la técnica de la sutura intestinal, aplicada al tratamiento de las lesiones intestinales.

A lo largo del periodismo médico de la época, existen casos - de heridas de abdomen, con lesión demostrada del intestino, en los que se usa como tratamiento el reposo, la sangría, las fricciones mercuriales, - etc. Incluso en algún caso, como el publicado en el Boletín de Medicina, - Cirugía y Farmacia, en 1847, el autor se pregunta: "Luego que quedó fuera de dudas la existencia de la herida intestinal, ¿estaba indicado agrandar la de las paredes del vientre para ir a buscar y practicar la sutura de - aquélla?" (250). Anteriormente afirma: "Hay muchos ejemplos en los anales de ciencia, que prueban la posibilidad de curación en casos análogos a éste, sólo por los esfuerzos de la naturaleza y el plan antiflogístico, es - decir sin emplear la sutura". Es preciso ver en esta actitud, frecuente en la época, más que una falta de confianza en la sutura, una posición expectante, muy justificable, si se piensa que la abertura de la cavidad abdominal era considerada como mortal.

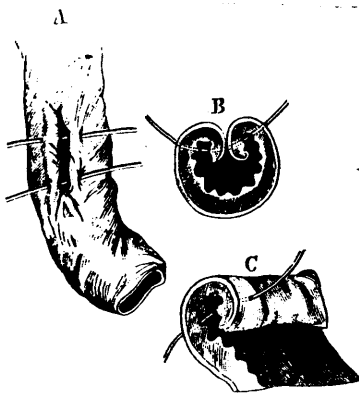
La sutura intestinal o enterorrafia es conocida desde la Antigüedad, pero no se da un paso trascendental hasta que COOPER, experimentalmente primero, demuestre que los hilos de sutura pueden abandonarse en la cavidad abdominal, y posteriormente aplique este principio a las pequeñas heridas intestinales, que trata con una ligadura del pedículo que obtiene mediante un pinzamiento de la pared intestinal.

TRAVERS (251) es el primer autor que, en 1812, después de hecha la sutura, corta los hilos próximo a los nudos, lo que supone un cambio importante en relación con los métodos anteriores (REYBARD, PALFIN, LEDRAN, etc.) en que los extremos de los hijos eran sacados al exterior y fijados en las proximidades de la herida.

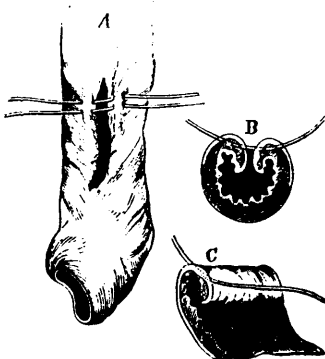
A la historia de la sutura intestinal hay que unir los nombres de BICHAT y RITHIERAND. El primero llama la atención sobre la facilidad con que las serosas inflamadas se unen (la técnica de PALFIN, se basa en este principio por él ignorado), y el segundo señala el error que supone el querer unir mucosa con serosa. Teniendo en cuenta estos criterios, JOBERT -- (252), en 1826, propone poner en contacto las serosas, en las heridas incompletas, mediante una sutura de LEDRAN, y en las que exista sección completa, mediante su método de invaginación. Aplicó el principio, pero lo aplicó mal, pues su sutura era perforante y por tanto infectante, lo que originaba que los resultados no fueran los esperados.

Fué LEMBERT, en 1826 (253), con su sutura extramucosa, el que consigue que al entrar la seda a unos milímetros de la herida y salir muy próxima a ella, para volver a repetir la maniobra en el lado contrario, al anudarla se adosen ambas serosas. En otras palabras, el hilo penetrará dos veces en la pared intestinal y saldrá otras tantas. Importa señalar, para no contribuir a la deformación tanto de la forma como del fondo de la memoria de LEMBERT (*), que éste, según los autores que la estudiaron, habla de suturas penetrantes. El procedimiento de LEMBERT tuvo muchas modifica—

(*) En numerosas publicaciones sustituyen este nombre por LAMBERT.



SUTURA INTESTINAL DE JOBERT



SUTURA INTESTINAL DE LEBERT

ciones (GELTY, HALSTED, etc.), que fundamentalmente en nada se diferencian del primitivo, y nacieron en busca de rapidez o para conseguir mayor extensión de serosa que adosar. Podemos decir que con él se evitaron desde entonces los fracasos que se debían a la ineficacia de las suturas, y que estaba en lo cierto SAN MARTIN cuando, refiriéndose a ella, afirmaba: "En la operatoria quirúrgica el detalle es a veces más fecundo que las grandes — concepciones científicas" (254). No obstante, hasta el triunfo de la antisepsia la técnica de la sutura intestinal no alcanza su perfección y su — búsqueda origina nuevos métodos que son experimentados y sucesivamente — abandonados, pues el cirujano desconocía, como dijo CZERNY en 1880 (255), — que el núcleo del problema era la desinfección de los hilos de sutura.

La aportación española al desarrollo de las suturas intestinales puede considerarse importante, pues si bien es fruto casi de un sólo — cirujano, ARGUMOSA, su contribución consistió no sólo en la modificación — del método de DENANS, sino que además proporcionó una técnica original.

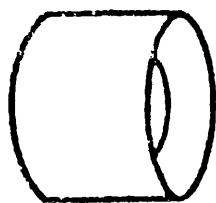
A) SUTURA DE ANILLOS DE ARGUMOSA.

Es una modificación al procedimiento con que DENANS, en 1826 — (256), pretendía conseguir una anastómosis intestinal con adosamiento seroso, mediante tres virolitas de plata o de estaño, que mantenía en su sitio mediante una ingeniosa ligadura que posteriormente substituyó por un resorte.

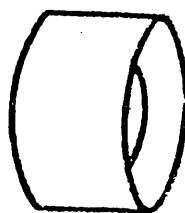
La innovación que introduce ARGUMOSA solo figura, según se desprende del estudio que de la obra quirúrgica de este autor hace SORNI VALLS (257), en la obra de ALARCON Y SALCEDO, Manual de Afectos externos, con el

nombre de "sutura de anillos o de ARGUMOSA". De ella tomamos la descripción: "En lugar de los tres anillos de Denans, tómense dos anillos desiguales, de goma elástica, de una o dos líneas de ancho: uno de ellos, de un diámetro mayor y que presente a su exterior un hilo dada varias vueltas y anudado ya, y otro de un diámetro algo menor. Introdúzcase el menor en la extremidad inferior del intestino, hasta uno o dos dedos de profundidad, e introdúzcase el mayor hasta su mitad en la extremidad superior, fíjese su borde al hilo circular por medio de un punto por cima, hágase la misma operación con el borde de la extremidad inferior y córtese el hilo después de hecho el nudo. Cójase con la mano izquierda el intestino por la parte en que está el anillo menor, y sujétesele con ella en todas direcciones, tómese con el pulgar, índice y medio de la mano derecha el anillo mayor ya cosido; comprímasele y tomándolo una forma elíptica podrá pasar a través del anillo mayor bajo el menor sosteniéndole, y éste a su vez impidiendo al otro el retroceso: el intestino se habrá redoblado hacia dentro quedando en contacto los bordes entre sí, y las superficies serosas que fácilmente se adherirán. El rodete no existirá en su parte interior, y cuando se desprendan los anillos, ninguna abertura quedará al exterior porque los puntos de sutura corresponden al interior del conducto intestinal y teniendo además los anillos de goma la ventaja de adaptarse a aquella figura que se les quiere dar, o de aquellas partes por donde han de pasar" (258).

Es significativo que ARGUMOSA no se refiere a su modificación y sí a la sutura de DENANS en su Resumen de Cirugía: "Se han empleado y se recomiendan aún la sutura de punto pasado, la de manguitero y la de asas de Ledrán para las heridas longitudinales. La de Ramdor; la de Lambert; la de Denans y otras de menos recomendaciones para las heridas transversales" (259).



A



B

ANILLOS DE ARGUMOSA

La explicación a tal hecho solo puede estar en el fracaso de su innovación, y quizás en el convencimiento de que al silenciarla, era — tanto como reconocer la superioridad de su nueva sutura de colchonero sobre ella y, por tanto, sobre las de su época.

B) SUTURA DE COLCHONERO DE ARGUMOSA.

ARGUMOSA da a conocer este método de sutura en un artículo hecho público en la Unión Médica de Madrid, probablemente en 1851, según referencia existente en la primera publicación que recogemos y que con el título de "Enterorrafia", apareció en 1852, en la sección médica de la Biblioteca Universal dirigida por Fernández de los Ríos (260).

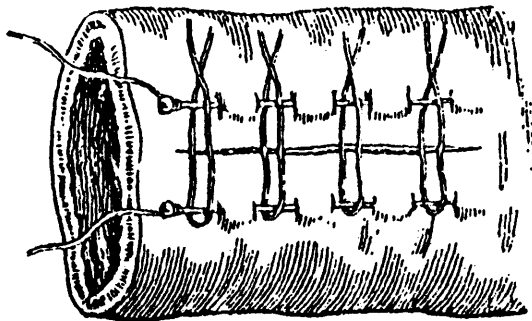
En la anteriormente citada obra de ALARCON no existe ningún dato que relacione a ARGUMOSA con la sutura de colchonero, para la que usa la siguiente descripción: "Esta que es también a punto pasado si se quiere así, consiste en coser la herida como los colchoneros sus telas de colchón; con lo que se consigue el poner en contacto las membranas serosas de los intestinos, que son las que mejor y más prontamente se adhieren. Es la mejor" (261). Claro que este manual no puede ser digno de crédito, si nos atenemos a lo que de él escribe ARGUMOSA: "Entre las producciones literarias más peregrinas y extravagantes del día, y más perjudiciales a la ciencia de curar, sobresale un vergonzante "Manual de afectos exterior" arreglado (según dice su redactor) a las explicaciones del Dr. D. Diego Argumosa, catedrático de dicha asignatura en el Colegio Nacional de Medicina y Cirugía de San Carlos" (262). A pesar de no figurar la sutura en este Manual, conocemos por el propio ARGUMOSA, aproximadamente, desde cuando se —

sirve de ella: "presenté y demostré desde mis primeros años de cátedra la sutura que denominé de colchonero, por parecerse a la que emplea en su — oficio este artesano" (263).

Fue la difusión por la prensa médica española de la sutura de BOUISSON, lo que estimuló a nuestro compatriota a publicar la suya, que — consideraba más ventajosa y aplicable "a las heridas transversales incompletas y aún completas de los intestinos con más facilidad, sencillez y — ventajas que las de Denans, Lambert y otros, de los cuales debo decir al paso que contribuyeron mucho a fijar mis miras sobre la membrana serosa" (264).

El método de BOUISSON (265), solo usado experimentalmente en aquella época, consiste en una sutura implantada que en caso de herida — longitudinal, se realiza de la siguiente forma: dos alfileres de insecto, provistos de un hilo atado a sus cabezas, atraviesa a cada lado de la herida de forma paralela a la misma y alternativamente de la serosa a la mucosa y de la mucosa a la serosa haciendo ondulaciones. La parte de alfi—ler que queda libre, es donde toman el apoyo los hilos que han de efec—tuar la reunión. Los hilos atados a los alfileres salen por la herida y — sirven para retirarlos al tercer o cuarto día en que se supone se han establecido las adherencias.

ARGUMOSA se valía para la realización de su sutura de colcho—nero de una sonda acanalada, aguja común, dos hebras de seda para fiado—res y el "pelo de pescador o tranza como agente mecánico principal y permanente, sin perjuicio de otros auxiliares y del momento. Es preferible — esta tranza, porque a su delgadez de crin reúne su resistencia y elasticidad



METODO DE SUTURA DE BOUISSON

dad de alambre y su flexibilidad de bordón, susceptible de aumento por la maceración y una hebra de seda para conductor de ella". Como señala su autor, "los diferentes modos de aplicar estos medios a las heridas intestinales, según que correspondan a las longitudinales o transversales, exigen exposición separada" (266). Pero como quiera que el conocimiento de esta sutura se obtiene al contemplar el caso más simple, nos limitaremos a transcribir la descripción que hace el autor de la aplicación de la misma a las heridas longitudinales, en su Resumen de Cirugía, por ser más clara que la que realiza en su publicación de 1852.

"Presentado el intestino herido al exterior y examinando en bastante extensión por la posible coexistencia de dos o más heridas, procedemos a la sutura de ellas, introduciendo con la mano izquierda la sonda acanalada a bastante profundidad por el ángulo de la herida más próximo a nuestra derecha y en paralelismo con los bordes de aquella para que la aguja, conducida con nuestra derecha y llevando enhebrados, el cabo fiador, si le empleamos, y los dos del conductor, penetre de fuera a dentro del intestino a dos líneas del ángulo de la herida y en la línea misma de ella y pasen en suficiente porción los tres cabos dichos. Desenhebramos enseguida el fiador y atando con él una torunda o bola de hilas como un guisante o piñón tiramos del extremo externo para que, convertido así en fiador y fijador del intestino, se encargue de él un ayudante. Antes de pasar adelante colocamos otro fiador igual en el ángulo opuesto y en iguales relaciones de dirección y distancia con él, y encomendado al mismo ayudante para el mismo fin, evitamos al intestino las presiones de los dedos (...). Presentada ya el asa del conductor, dirigimos la aguja con sus cabos a la altura y nivel del ángulo mismo de la herida para salir penetrando de dentro afuera a línea y media o dos líneas de distancia uno u otro borde de la herida fijándole con la sonda por dentro y el pul-

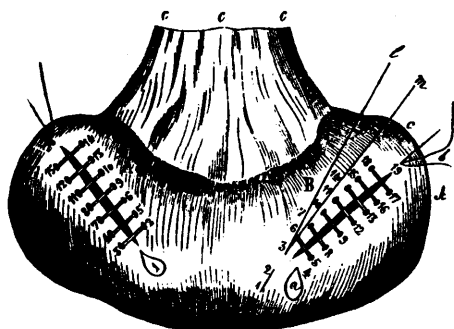


Fig. 2198. — Aca intestinal, pendiente del mesenterio; c, c, c, con el extremo estomacal á la derecha y el anal á la izquierda. En A está representada una herida longitudinal, grande con el asa i del hilo conductor, que se va pasando ya por el dedo de número del 1 al 16, en donde aparecen sus cabos. En estos mismos números 1 y 16 deben estar los conductos, retenidos con los pequeños tornillos dentro del intestino, que se no dibujan para evitar confusiones. En B hay una herida más larga: en ella se representan las tranzas i, m y x, retenidas en la cavidad intestinal por pequeñas tornillos fijos en la extremidad de cada uno de ellas, y además colocado el conductor con su asa o en el número 4, y sus cabos 3, saliendo por el 16.

Tomada de la obra de ASHURST que reproduce la sutura siguiendo la misma numeración usada por ARGENTI

gar por fuera, v. gr., el número 2 en la figura dicha. Desde este punto pasamos al borde opuesto al exterior de la herida y a la misma altura o nivel y penetrando de fuera a dentro por el número tres, recorremos por dentro de la cavidad el espacio de dos líneas en paralelismo con el borde de la herida para salir al exterior por el número 4. Desde éste volvemos por el exterior de la herida al otro borde de ella y siempre con sujección al nivel y distancias dichas, le penetramos de fuera a dentro por el número 5 para avanzar por la cavidad y salir al exterior por el número 6. Así progresamos hasta salir al nivel, poco más o menos, del otro ángulo de la herida, como en esta figura por el número 14 y pasar al lado opuesto para penetrar al mismo nivel por el número 15 y salir, en el último punto, a la línea de la herida y distancia de su ángulo, como al empezar, según se nota aquí del 15 al 16.

Queda con esto presentado el conductor con el asa y cabos en la línea central y formando grecas en sus tránsitos alternados de uno a otro lado siempre por el exterior y avanzando en cada uno de ellos por el interior del intestino.

La diligencia que sigue consiste en tirar de los extremos del conductor para borrar sus grecas reduciéndole a una línea recta, (...) y entonces enhebramos la tranza por su extremo más delgado en el asa del conductor, para que bien obligada la inflexión siga sin tropiezo al conductor mientras tiramos de él por los cabos, hasta sacarle del todo, y con él la tranza. Queda así consumado lo principal de la operación, pero como los ángulos de la herida se acercarían fácilmente uno a otro con detrimento de la oclusión tan necesaria de la herida, la aseguramos dando a los fiadores un nuevo destino, pues tirando de ellos en sentido contrario y en direc-

ción de los extremos de la tranza, ponen todo el tramo herido en tensión - uniforme y tolerable y para mantenerlo así constantemente, anudamos fiador y tranza a la vez en su lado respectivo, y a bastante distancia de su salida del intestino. Se procede enseguida a la reducción de éste (...). Pasados cuatro días procedemos a la extracción de la tranza, después de soltar los nudos, para conservar en su situación los fiadores hasta el día siguiente" (267).

Su técnica tuvo mucha difusión en nuestro país, ya que aparece en las traducciones de las obras de NELATON (268), ERICHSEN (269), ASHHURST (270), MALGAIGNE (271), y aunque debió ser empleada no encontramos referencias a su práctica, ya que los casos recogidos en el periodismo médico se refieren a ella en los siguientes términos: "En mi entender debió tratarse por una operación quirúrgica con la sutura del primer punto que se perforó hecha según el Dr. Argumosa" (272). "Tuve que proceder a la enterorrafia.- Bien me acordé del método de Argumosa, pero como sea más complicado y necesitase emplear más tiempo para su ejecución, encontrándome, por otro lado, absolutamente solo y cansado por tener que estar operando de rodillas en el suelo, me decidí por la sutura a punto pasado, cuya suturá había visto y ayudado a practicar a D. Manuel Santos Guerra, en el Hospital general" - (273).

Es evidente que no puede existir juicio más concluyente sobre esta sutura que el que hace RUBIO en 1889: "En las obras clásicas por donde estudiamos los que somos viejos hoy, se trataba de las suturas longitudinales y transversales del intestino, dándose cuenta de varias clases de ellas más o menos originales y complicadas; sin deber dejar de hacer mención de la de nuestro compatriota Argumosa, no tanto por ella misma, como por la particular circunstancia de recomendar con preferencia la tranza o

tospidel gusano de seda para verificar dicha sutura. Lo cual bien merece - que se le reconozca el honor de la prioridad, por haber entrevisto y conocido las ventajas de las ligaduras orgánicas animales, hoy tan justamente en boga" (274).

También MORALES PEREZ, cuando recuerda la sutura de ARGUMOSA, - lo hace para señalar que "el hilo de pescador casi viene a obrar como las cerdas de caballo", que junto al cagut, pelo de jabalf e hilos metálicos - son los materiales que mejor tolera el organismo (275).

Es pues éste, el atributo que permite a esta sutura aparecer - en los anales universales de la medicina, aunque fuera de nuestras fronteras no se tenga presente, como se deduce al comprobar que no figura en trabajos tan autorizados sobre suturas intestinales como el publicado en 1898 por TERRIER y BAUDOUIN (276).

C) SUTURA INTESTINAL EN DARDO DE CALL.

Este método, hecho público en La Independencia Médica en 1881, no es más que una modificación del descrito en 1889 por BERENGER-FERAUD - (277), que realizan la sutura intestinal a través de un complejo instrumento. Con alfileres clavados en rodajitas de corcho, obtienen unos pequeños peines con dos filas de dientes, que colocados en cada labio de la herida producen la unión del intestino.

La modificación de CALL, consistió en sustituir "el corcho por el cautchouc y las agujas ordinarias por agujas terminadas en punta de dardo o de anzuelo. El cautchouc es materia no muy cara, muy usual en cirugía

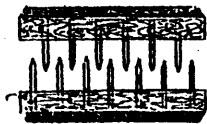


Fig. 93. — Bâchettes de Nêgo pourvues d'épingles pour la suture intestinale de Bérenger-Féraud. (D'après Jeannel).

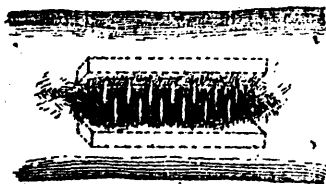


Fig. 94. — Procédé de Bérenger-Féraud. — Mise en place des bâchettes. (D'après Jeannel).

PROCEDIMIENTO DE SUTURA INTESTINAL
SEGUN BERENGER - FERAUD

y que el médico debería llevar en láminas en su bolsillo para lo que pudiese acontecer. Si así se hiciese, fácil sería improvisar el aparato de Call cuando algún caso apremiante lo exigiese.

El cautchouc es, además, menos alterable que el corcho, más resistente y tan flexible como el constructor quiera. A la primera propiedad se deberá que el aparato pueda permanecer muchos días aplicado sin que se altere; a la segunda, que las agujas no se desprendan fácilmente y a la última, que pueda aplicarse a las heridas transversales del intestino, pues que será fácil darle la curvatura necesaria" (278).

Este método, que sepamos, no pasó de aplicación experimental - en perros y en esa época ya son desechados todos los métodos de sutura que precisan el auxilio de aparatos, ya que en nada aventajan a la sutura de - LEIBENT. Aunque los textos de la época, como el Manual de Medicina Operativa de LE FORT (279), que en su octava edición hace referencia a estos tipos de sutura para condenarlos, los prescriban, no por ello debemos deslucir el intento de perfección de nuestro compatriota, ya que cuando se produjo, los métodos de sutura mediante aparatos no habían experimentado aun su definitivo abandono, como puede deducirse de la aparición en 1895 del - método de FAURE y SUAREZ (280).

Finalizado el estudio de los métodos de sutura intestinal originales de nuestros cirujanos, vamos a completar este estudio con un comentario general sobre la aplicación de la sutura en nuestro medio.

Antes de que la laparotomía se generalizase, sólo se aplicaba la sutura cuando el intestino lesionado salía al exterior, y excepcionalmente en casos de gangrena intestinal. Posteriormente ya se abría el abdo-

men en busca de la lesión y esta actitud para las lesiones traumáticas — fue admitida por nuestros cirujanos en el Congreso Médico reunido en 1888 en Barcelona (281).

Creemos que no tiene objeto reseñar los casos de sutura intestinal pues los publicados en la primera época lo son para señalar un atrevimiento o una curiosidad, pero nada aportan; no sería una estadística representativa, ni necesaria para demostrar que esa cirugía existía pues, como dice RUBIO: "En España, donde por desgracia son tan frecuentes las luchas de arma corta, no existe hospital ni cirujano de ellos que no haya tenido que socorrer heridos de vientre con contracción y herida de intestinos y conozco bastantes casos de suturas de ellos" (282).

La existencia de corridas de toros en nuestro país es otro de los motivos que familiarizó a nuestros cirujanos con estas lesiones, ya — que frecuentemente se lesiona el abdomen, según se desprende de la comunicación que SAN MARTÍN presentó al II Congreso Español de Cirugía, en 1908 (283).

En la etapa siguiente, o antiséptica, la sutura está reglada — y el mérito no estriba en suturar, sino en laparotomizar.

II - Evolución de la cirugía intestinal en relación con el tratamiento de la obstrucción intestinal.

El cuadro de obstrucción intestinal no ha sido hasta fecha reciente contemplado con claridad, lo que creaba una dificultad en el diagnóstico, sin el que era imposible realizar una terapéutica inmediata y eficaz. Era desconocido en la primera mitad del XIX, como se infiere de la falta de espacio para este tema en las obras más importantes, como son la Patología externa de VIDAL DE CASIS (284) o la Cirugía operatoria de GUERIN (285). En las posteriores, entre las que se encuentran los Elementos de Patología Quirúrgica de NELATON (286), o la Enciclopedia Internacional de Cirugía de ASHURST (287), ya se ocupan de esta entidad, aunque de forma confusa.

El esclarecimiento del problema comenzó con los trabajos de DUCHAUSSOY y BESNIER en 1857 (288), y puede decirse que finalizó con la clara exposición que del mismo hizo MURPHY en 1914, y con los trabajos que WANGENSTEEN desarrolla sobre fisiopatología, quince años más tarde.

PULIDO es el autor español que más hace por poner en claro los conceptos sobre la obstrucción intestinal. Su primer trabajo sobre "Extranguelación interna (oclusión y obstrucción intestinal)" (289), en 1881, es ampliamente perfeccionado en 1889 por su Tratado práctico de las oclusiones del intestino (290).

El mérito de su obra se puede refundir en los siguientes puntos:

1. Imagina el cuadro de obstrucción tal como hoy lo entendemos, es decir, — como un síndrome: "En la patología humana se observa con mucha frecuencia un grupo variado de enfermedades que, reconociendo causas distintas, se presentan al examen del médico con un cuadro sintomático que tiene muchos puntos de semejanza en unos y otros casos, por lo cual inspiran enseguida la idea de un proceso patogénico fundamental y como subordinado a una acción que, cuando no sea idéntica, parece que ha de ser semejante: tal es el de la oclusión del intestino" (291).
2. Su criterio de clasificación, basado en el asiento de la causa, si bien parte de la clasificación de MAISONNEUVE es mucho más completa al crear dos grandes grupos: oclusiones de primer orden, o de naturaleza mecánica que pueden deberse a causas extraintestinales, intestinales e intraintestinales; y oclusiones de segundo orden o de naturaleza dinámica, ya por espasmo, ya por parálisis. El valor de esta separación es gran, y hoy — día sigue conservando actualidad, pero al reflexionar sobre ella, nos damos cuenta que sirvió para ayudar a corregir la confusa nomenclatura.
3. Como corresponde a la obra de un erudito, se preocupa por la semántica.— Cree que el nombre debe de buscarse entre los síntomas más constantes y no en la causa que suele ser muy variada. "Oclusión, sustantivo derivado del verbo latino occludo — is, que significa cerrar, expresa perfectamente el trastorno fundamental que acontece en estas enfermedades: la continuidad del tubo intestinal desaparece" (292).
4. Es una obra exhaustiva, aunque escasa en observaciones nacionales, ya — que "desgraciadamente esto nos ha sido imposible, y la contribución nacional que a la común doctrina y experiencia hemos aportado, es tan modesta

que solamente sirve para atestiguar, con una prueba más, nuestro atraso en la producción" (293).

A. ESQUERDO contribuyó a mentalizar a los médicos de la necesidad de la intervención, al exponer en el Congreso Médico de Barcelona de 1888 su ponencia sobre "Indicaciones precisas de la intervención quirúrgica en la oclusión intestinal" (294). Es moderado en sus apreciaciones, -- pues creyendo que la exactitud de las indicaciones depende del diagnóstico es partidario de una intervención precoz, aunque en ocasiones sea deseable un compás de espera razonable. Secunda ROBERT estos criterios en el mismo Congreso, y más tarde los expresará en su libro de Enfermedades del Aparato Digestivo, en estos términos: "En la actualidad, aparte de todo esto, -- se va introduciendo la laparotomía en la terapéutica de la oclusión intestinal interna, y entendemos que es muy lógico este proceder, aunque con determinadas reservas. Ante todo, la intervención quirúrgica con los cuidados antisépticos ha perdido aquel sello de gravedad que antes venía anejo a todo traumatismo de las paredes abdominales, y si hoy se llega al extremo de poner a descubierto las vísceras sólo con un fin diagnóstico, bien -- podemos hacerlo con una intención terapéutica" (295).

Para apreciar el salto que supuso tal actitud, comparemos estas palabras con las publicadas unos quince años antes, a propósito de un caso de estrangulación intestinal interna. "Con alguna frecuencia se ve el médico colocado en la grave disyuntiva de ser siempre espectador de una -- muerte segura, o apelar con escasas probabilidades de éxito a terribles -- operaciones, cuya sola enunciación esparce el terror entre cuantos la oyen" (296).

En realidad, el empleo de los métodos quirúrgicos era tardío y motivo de los malos resultados, según afirma RIBERA en 1897, al presentar, en la Real Academia de Medicina de Madrid, sus seis casos de obstrucción intestinal, de los que sólo en uno se obtuvo la curación (297). En el mismo año, BRAVO Y FERNANDEZ publica un caso de oclusión intestinal interna que iba a ser intervenido por BERRUECO en estado agónico (298). La existencia de casos de laparotomía precoz, e incluso el publicado en 1893 por ESQUERDO de "Dos laparotomías en doce días y en una misma enferma por oclusión intestinal" (299), no invalida la afirmación de que la cirugía se aplicaba tardíamente. Desde que la laparotomía se hizo segura, nadie la negaba en los casos de diagnóstico cierto, pero precisamente cuando éste era oscuro, se anatematizaba a todo médico que no aplicase los recursos médicos, con lo que el tratamiento cruento solía llegar a la vez que la agonía. En las sesiones que sobre la cirugía intestinal se celebraron a lo largo de 1897 en la Real Academia de Medicina, se hace patente esta actitud médica: "Pero antes de apelar a los modificadores quirúrgicos, hemos de tener la seguridad de la existencia de la oclusión intestinal, y haber empleado los medios higiénicos y farmacológicos que la Medicina secular ha sancionado como eficaces o como más o menos útiles en el tratamiento de dicho estado morbozo; y no creo ociosas algunas palabras sobre tales particulares, aunque reducidas a lo más característico" (300); actitud que es refutada por el sentir quirúrgico en boca de GUTIERREZ, en los siguientes términos: "El diagnóstico es a veces muy difícil, no habiendo otro remedio sino abrir el vientre para aclarar la situación, y que debe recurrirse a la cirugía si transcurridas cuarenta y ocho horas desde el principio de los síntomas de la oclusión resultaran impotentes los modificadores propiamente médicos" (301).

Los planes médicos fueron numerosos y a título de ejemplo que lo demuestre nombraremos algunos de los publicados por nuestros médicos. -

Los enemas gasígenos (302), el uso de mercurio líquido (303), la belladona (304), el café (305), el lavado gástrico (306), etc. Su uso fue decayendo poco a poco al completarse los conocimientos fisiopatológicos, lo que no tiene lugar hasta ampliamente sobrepasada la época que estudiamos, pues en 1906, GOYANES, a propósito de una lesión yatrógena por tratamiento médico, dirá: "Sirva de escarmiento este caso (...) para aquellos médicos que no se paran en poner en práctica procedimientos verdaderamente brutales. Roturas del intestino, determinadas por los enemas de agua carbónica, se hallan ya consignadas en la literatura médica" (307).

Por último, es preciso recordar a GUTIERREZ (308), FARGAS -- (309), RIBERA (310) y ARPAL (311), como autores de trabajos que sirvieron para centrar el problema de la obstrucción intestinal postoperatoria, distinguiendo la de origen mecánico, de la parálisis intestinal por peritonitis u otras causas.

La evolución de las técnicas quirúrgicas usadas en la solución de la obstrucción intestinal, son el testimonio de que la ciencia se crea sin saltos. Se comenzó tratando los efectos: el ano preternatural y la -- quelotomía, en cierta manera, restablecían el tránsito, el primero derivando y el segundo descomprimiendo. Un paso más es la aparición de métodos que supriman la causa: las resecciones intestinales y las técnicas de reparación de las hernias tienen estos objetivos. Esta es la justificación del triple nivel que usaremos para describir los métodos quirúrgicos usados en el tratamiento de la obstrucción intestinal:

- A) Ano peternatural
- B) Resecciones Intestinales
- C) Técnicas de Herniorrafia

A) ANO PRETERNATURAL.

Nos vamos a referir al ano preternatural, no como accidente o complicación de una hernia estrangulada, ni como gesto acompañante a una herniotomía, sino a aquella operación en que deliberadamente se abre el intestino para dar salida a los gases.

Ideada por vez primera por LITTRE en 1710, y denominada colotomía inguinal (aconsejaba abrir el colon en la fosa ilíaca izquierda) no se puso en práctica hasta 1776, en que PILLLORE descomprimió el intestino, abriendo el ciego en la fosa ilíaca derecha (312). AMUSSAT, rehabilitó y llevó a la práctica en 1889 el método de colotomía, que CALLISEN propusiera en 1776. Tuvo gran difusión, pues esta colotomía lumbar, al no interesar el peritoneo, la hacía superior al método de LITTRE (313).

Años más tarde NELATON regló la enterotomía, que practicara MONOD en 1838 por vez primera. Fijado el intestino delgado en la fosa ilíaca derecha o izquierda, su apertura da salida al contenido intestinal en casos de obstrucción. NELATON, en sus Elementos de Patología Quirúrgica (314), explica la técnica y sus ventajas, que quizás existían en la época preantiséptica, pero que cuando la laparotomía fue posible, desaparecieron.

El primer caso recogido de ano preternatural, practicado en nuestro país, intencionadamente, como operación sintomática de la obstruc-

ción intestinal, es el publicado por CREUS en 1878. Realizó la enterotomía sobre el ciego, y la enferma murió al cuarto día de la operación (315). — Los siguientes casos son operados siguiendo el método de LITTRE, en 1880, — por USTARIZ (316) y la colotomía publicada por PULIDO en el mismo año (317).

Las publicaciones anteriores, como la aparecida en 1849, en el Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia (318) o el que firma SANCHEZ TOCA (319) en 1862, con el título de "Enterotomía abdominal", no pueden ser considerados como tales, porque el año prácticamente forma parte de la evolución de la enfermedad.

El exiguo número de publicaciones sobre obstrucciones intestinales resueltas con esta técnica, es expresión del nivel alcanzado por — nuestra cirugía, pues la aplicación de la laparotomía como primera medida hace que el año preternatural pase a un segundo plano y como técnica paliativa ya conocida, pierde atractivo. La laparotomía que precede al caso que publica RAMONEDA en 1890 (320), las que hace públicas RIBERA (321) en 1897, en la Real Academia de Medicina de Madrid, y la ausencia de comunicaciones sobre año preternatural en la Academia Médico Quirúrgica de Madrid, legalizan la afirmación anterior, que se convierte en incuestionable al señalar que es tal el grado de conocimiento sobre esa técnica, que métodos originales de colostomía surgirán de los cirujanos españoles de aquella época.

METODOS ORIGINALES DE COLOSTOMIA

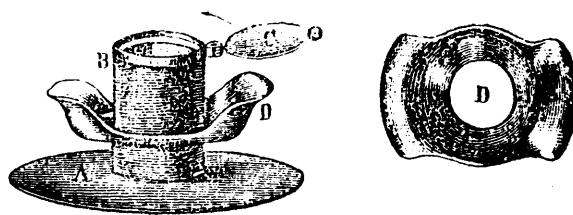
La creación o perfeccionamiento de una técnica, supone, aparte de talento e ingenio, un conocimiento profundo del problema y sus deficiencias.

La incontinencia del ano preternatural, al igual que la de la gastrostomía, estimuló el ingenio de los cirujanos en tal difícil cuestión que aún hoy espera respuesta.

Con el fin de evitarla, se utilizó el glúteo mayor para confeccionar un esfínter: tal es el método de WILLENS; o el músculo recto, como en el de WITZEL y HACKER. Los anos pelvianos tipo GLEICH, o como el de -- ROUX que lo sitúan en el pubis, así como el método colostómico de PAYR, el de LAUENSTEIN o el de KOMMELL, siguen adoleciendo del defecto de la incontinencia. Por ello la decepción que significó el fracaso de estos métodos reactualizó el uso de obturadores.

En busca de este objetivo, la continencia, hay que considerar tres aportaciones originales de nuestros cirujanos, como son:

- 1º. OBTURADOR ENTEROTOMICO DE AUBER
- 2º. COLOSTOMOSIS SUBESPINOSA DE SAN MARTIN
- 3º. COLOSTOMIA PERINEAL RETROPROCTICA



OBTURADOR ENTEROTOMICO DE AUBERT

12. OBTURADOR ENTEROTOMICO DE AUBER.

Los antecedentes de los obturadores o medios mecánicos que pretendían regular la salida del contenido intestinal, según la voluntad del paciente, hay que buscarlos en los métodos de compresión, que al cerrar el ano preternatural, restablecían la normal circulación que permitía al orificio externo irse estrechando. Claramente que se usaron poco, pues en — ocasiones provocaban cuadros de obstrucción intestinal. Merece ser citado el caso tratado por este método por MORENO POZO, en 1872. El enfermo presentaba cinco anos contranaturales en la región ilíaca derecha, producidos por un cirujano que confundió la hernia con un absceso. Como paso previo a un tratamiento autoplástico, "aplicándole a nuestro enfermo una especie de braguero, en el que en vez de una sola pelota salían cinco muelles, sosteniendo otras tantas pelotas pequeñitas, por medio de las que se obturaban cada uno de los orificios, y obligándose así el curso de los alimentos, se pudo ir obteniendo que pasaran todos a los intestinos gruesos" (322).

ALEJANDRO AUBER, médico del Hospital de la Princesa, es el primer cirujano del mundo que diseñó un aparato que aplicado al ano artificial, lo convertía en continente, si hacemos caso de la afirmación de su autor: "Este aparato es completamente nuevo, pues lo único que se ha inventado en estos casos, ha sido el ensayo hecho por un cirujano inglés, MacLaren (The Lancet, 1880, pág. 772), de colocar en la herida una especie de cánula de traqueotomía, sostenida por cintas de caoutchouc, ensayo que también repetimos nosotros y que no nos dió resultado" (323).

Transcribimos la descripción y ventajas que su autor hace del aparato en El Siglo Médico (324). "El aparato que es de plata, consta, como lo indica la figura adjunta, de una pieza inferior A, de la forma de — una lanzadera de tejedor, de bordes muy redondeados y con un agujero en — su centro de centímetro y medio aproximadamente de diámetro. En este agujero se suelda un tubo abierto por ambos lados y del mismo diámetro B circular, y que desde el punto de la soldadura hasta ya muy cerca de su abertura libre, presenta un paso de tornillo de espirales muy próximas. En esta espiral está colocada y sube y baja con suma facilidad otra pieza D — que tiene figura de una navecilla, de bordes levantados y excavación central. Esta pieza puede llevarse hasta ponerse en contacto íntimo, merced a la tuerca, con la lanzadera inferior si se quiere, pero no puede salir fuera del tubo por la parte superior, porque se lo impide una válvula C, — que entra a modo de guillotina en el extremo superior del tubo, el cual — está cortado con este objeto en las tres cuartas partes de su sección, y además para cerrar todavía más herméticamente el tubo, penetra aquella — por su borde interno en una ranura practicada en el espesor de la pared — entérica del tubo. Comprendido el aparato, su manejo no puede ser más sencillo. Cerrada la válvula y elevada la navecilla superior hasta donde lo permite la altura del tubo, que será de unos dos centímetros y medio, se introduce en el ano artificial la lanzadera inferior, de manera que su mayor diámetro corresponda al de aquél. Una vez introducida se baja por el tornillo la navecilla superior hasta producir una compresión moderada, de la cual será juez infalible el mismo enfermo. De suerte, que todas las — partes blandas quedan comprendidas entre las dos placas, sin que se necesite atadura de ningún género para sostener el obturador, y cuando el enfermo quiere defecar, le basta con abrir la válvula, recibiendo los excrementos en un recipiente cualquiera. Como se impide la salida de las materias escrementicias, el enfermo puede volver a la vida social sin produ—

cir repugnancia a nadie, y la piel que circunda la herida no tarda en recuperar sus caracteres normales".

El objeto del mismo era "remediar el grave inconveniente que acompaña a esta clase de aberturas, y con este objeto imaginamos el siguiente aparatito (...) que realiza perfectamente el objeto que nos habíamos propuesto, pues cierra herméticamente el ano artificial".

Desconocemos la aplicación que pudo tener en su época, o cuando veinte años más tarde se actualizó el método, porque no existen publicaciones sobre él y SAN MARTIN (325), cuando se ocupa, aunque sea indirectamente, de ello ignora a su compatriota. El tiempo no hizo realidad las esperanzadoras palabras de su autor: "Debemos advertir que este aparato, que a nuestro juicio tiene gran importancia, pues llena uno de los vacíos más considerables de la terapéutica operatoria, permitirá que se practique la operación del ano artificial con más confianza y en tiempo oportuno, no dejándola, como hasta ahora se ha hecho, para in articulo mortis, por lo cual da una estadística tan funesta".

2º. COLOPROCTIA, COLOSTOMIA O COLOSTOMOSIS SUBESPINOSA O ANO ARTIFICIAL SUBILIACO DE SAN MARTIN.

En esencia, esta técnica pretende conseguir la continencia, — sirviéndose de la porción externa del músculo ilíaco, que supuestamente actuaría como una válvula relajable a voluntad. Su técnica consta de dos — tiempos: el primero, o extraperitoneal, comienza con una incisión abdominal de unos diez centímetros, paralela al ligamento de Falopio, para descubrir el músculo ilíaco y preparar el túnel en que se alojará el colon, que se exterioriza en el segundo tiempo, o intraperitoneal, mediante la trac—



ANO SUBILIACO DE SAN MARTIN

ción de una gasa pasada por el mesocolon. La abertura del colon se efectúa en el segundo día del postoperatorio. En resumen, la porción del músculo ilíaco que envolvía al colon, haría las veces del elevador del ano, mientras que el sartorio las del esfínter. La intención de tal técnica, según su autor, "era producir un ano temporal, aunque continente" y "el intento de este método operatorio se deja comprender sin dificultad. Las fistulas estercoráceas artificiales destinadas a satisfacer una indicación urgente en la obstrucción intestinal aguda o a derivar por algunos días también el curso de materias fecales por el colon para operar mejor en el intestino recto, pueden ser o se disculpa que sean incontinentes, siquiera produzcan pésimo efecto moral en los operados y dificulten la asepsia en la operación definitiva, por lo cual requieran alguna mejora en su técnica; pero los anos artificiales a la antigua, a lo Littre, cuando desde luego se anuncian como perpetuos o de plazo indefinido, porque lo sea asimismo la lesión que los impone, son un remedio peor que la enfermedad, merecen el duro calificativo de Rose y necesitan cuanto antes la vulgarización de un manual operatorio que los haga humanamente soportables o no agravantes de la situación del enfermo, ya que apenas alcancen a mejorarla" (326).

La superioridad sobre los otros métodos la expresa en los siguientes términos: "no produce fácilmente hernias ni prolapsos; aventajan do por esto a todas las practicadas en la pared movable del abdomen; que aprovecha con la escotadura ilíaca menor un sostén óseo preferible al pubis hendido, al hueso ilíaco perforado y a la cresta ilíaca sin protección; que con el espacio rígido circunscrito por esta escotadura y el arranque superior del ligamento de Falopio, queda protegido de retracción cicatricial y de presión concéntrica el cabo seccionado de intestino; que

con el músculo ilíaco en su porción aprovechada, que puede funcionar como el elevador del ano dentro de la pelvis y el sartorio, representante, aunque imperfecto, del esfínter externo, cabe encomendar a los movimientos - de rotación y de flexión del muslo la continencia deseada, aun para heces blandas, en todo caso, mucho mejor que la flexión total del cuerpo en el ano público de Roux; y, en fin, que el ano queda a buena distancia de los campos operatorios, así perineal como abdominal, ofreciendo con esto mayores garantías de asepsia para las operaciones definitivas" (327).

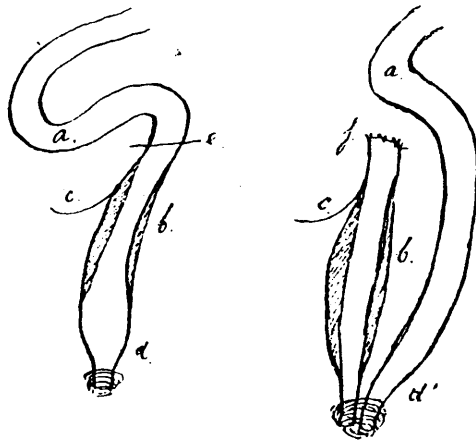
Efectuada por primera vez en abril de 1903, por SAN MARTIN, - presenta de anecdótico que fue presenciada por numerosos médicos extranjeros, al ser "elegida para la visita práctica dispuesta por la sección de Cirugía del XIV Congreso Internacional de Medicina" y que valió a SAN MARTIN la felicitación pública de VON BERGMANN, al comprobar la perfección - de la continencia (328).

SAN MARTIN la usó en otros casos, pero tuvo poca aceptación - si nos guiamos por la falta de publicaciones que hagan referencia a ella. El mismo RIBERA la elogia pero confiesa en su obra póstuma que "he hecho anos ilíacos, desde el ilíaco derecho al izquierdo y además de una serie de anos subsacros" (329), lo que hace suponer que no la usó. CARDENAL, al contrario, cuando tiene que practicarlo sigue el método de su compatriota según afirmación de sus biógrafos (330).

3º. COLOSTOMIA PERINEAL RETROPROCTICA DE GOYANES.

Puesta en práctica en 1905, y publicada en igual año, es justificada por su autor en los siguientes términos: "La perfección actual de la técnica y funcionamiento ulterior del ano quirúrgico no es tan grande — que se considere agotado por los cirujanos el problema del tratamiento operatorio de las estrecheces inextirpables del recto. Convencidos de que la supresión funcional de la parte enferma supone la curación o el considerable alivio de las molestias, no podían menos de surgir planes operatorios que llenando aquella exigencia, obtuvieran disposiciones ulteriores más — próximas a la establecida por la naturaleza. Dos caracteres, anatómico el uno, funcional el otro, distancian el ano quirúrgico del natural; el primero se refiere a la región donde el cirujano lo establece (lumbar o de Amussat, ilíaco de Littré, glúteo de Witzel, suprapúbico de Roux, subespinoso de San Martín, etc.); todas estas regiones son, sin duda, malas para el objeto; un ano quirúrgico ideal sólo puede ocupar el periné. El carácter fisiológico se refiere a la continencia; ésta, para ser absoluta, exige: capacidad de retener voluntariamente las heces fecales y capacidad de expulsarlas, por la voluntad también, cuando alcanzan las proximidades del ano; la continencia así comprendida no puede conseguirse con ninguno de los métodos actuales de ano artificial" (331).

Al señalar GOYANES los antecedentes del método, aparece una — constante de sus escritos, al menos en los que a cirugía de digestivo se — refiere: el recuerdo a su maestro. "Nuestro método operatorio de las estrecheces difusas, graves y altas del recto tiene como precedentes la sección



COLOSTOMIA PERINEAL RETROPROCTICA DE GOYANES EN LA QUE LOS ANOS NATURAL Y QUIRURGICO ESTAN INCLUIDOS EN EL ESFINTER.

del colon pelviano por encima de la estrechez y la exclusión o cierre del cabo rectal, que practica Rotter, y las tentativas cadavéricas del profesor San Martín para obtener un ano perineal, atrayendo por el tabique que separa el recto de la vagina un asa de intestino grueso, sobre el colon - pelviano:

Pero se diferencia esencialmente de estos planes operatorios, puesto que utiliza una nueva vía para atraer hasta el periné el cabo superior del colon seccionado: la vía retro-rectal. Utilizamos por otra parte el esfínter del ano como esfínter colostomésico, pero a diferencia de Rotter pretendemos hacer independiente por completo el orificio colostomésico quirúrgico del recto enfermo" (332).

La intervención consta de tres tiempos: abdominal, perineal y mixto. El primero se inicia con la exploración de las lesiones, la oclusión del cabo rectal y el despegamiento posterior del recto. Esta manobra se realiza de manera simple, poco sangrante y conduce al suelo de la pelvis. El tiempo perineal consiste en trazar "una incisión semicircular que siga la mitad posterior de la margen del ano, cóncava por lo tanto hacia delante, y se va disecando progresivamente la mucosa rectal en todo su perímetro posterior, separándola del esfínter hasta alcanzar el límite alto de la zona esfintérica rectal". Llegado este momento, se inicia el tercer tiempo en que "una pinza introducida por el ojal perineal sale a la cavidad del abdomen y coge la ligadura de gasa puesta al cabo de la sección del colon. Para poder llevarlo hasta el periné basta seccionar con la tijera las dos hojas serosas del mesocolon, sin herir los vasos a veces visibles (...). La operación queda terminada suturando al periné retro-anal (labio posterior de la incisión) el contorno posterior del cabo cólico, y a la mucosa anal desprendida (labio anterior de la incisión) su contorno anterior" (333).

GOYANES ve en su método las siguientes ventajas: "1ª, es de técnica relativamente fácil; 2ª, el nuevo ano resulta implantado en el periné; 3ª, utiliza el esfínter anal para la ulterior continencia y expulsión de las heces fecales, y, 4ª, excluye por completo al recto enfermo y lo deja independiente del recto neoformado" (334).

Aplicado por primera vez en clínica en 1905, nació como tratamiento de las estrecheces rectales, cuando las dificultades de una operación radical aconsejan una colostomía que será curativa al dejar en reposo la zona enferma. La ausencia de publicaciones sobre este método, y el variado número de técnicas que pueden aplicarse a la estrechez rectal, — nos permiten conjeturar que es probable que sólo la usase su creador.

B) RESECCIONES INTESTINALES.

El ano preternatural, ya porque fuese accidental, o porque ya no cumplía su función, motivó la aparición de procedimientos tales como - la compresión, sección del espólon, cauterización del mismo, autoplastia, etc., o adoptó la enterorrafia, la enteroanastómosis o la enterectomía como formas de solucionarlo. Estas tres últimas formas, desde 1895, ya so-
las o combinadas, serán el único tipo de intervención que con carácter — científico pueden aplicarse.

1º. ENTERORRAFIA.

De la sutura ya nos hemos ocupado en las páginas precedentes.

2º. ENTEROANASTOMOSIS.

A mediados del siglo XIX, con el fin de evitar el ano preternatural, propuso MAISONNEUVE sustituir la enterotomía por un nuevo método que denominó anastómosis intestinal. Aunque por enteroanastómosis se en-
tiende toda comunicación que se realice entre dos asas intestinales, inde-
pendientemente de que la unión sea latero-lateral o términ-lateral, con o
sin extirpación del intestino, la auténtica operación de MAISONNEUVE con-
sistía en abocar lateralmente dos asas de intestino, sin resección previa.
VON HACKER, en 1880, aportó a esta técnica la importante noción de que pa-
ra que el contenido intestinal siguiese un camino lógico, la anastómosis,

no debía colocarse al azar, sino que vendría indicada por el sentido del peristaltismo.

La enteroanastómosis, entendida con el criterio de MAISONNEUVE, cumple indicaciones paliativas, y es introducida en nuestro país al amparo de la gastroenteroanastómosis. Como cirugía en la que se tiene dominio, su realización no planteaba problemas técnicos y sus indicaciones muy restringidas, no eran objeto de publicación, salvo que sirviesen de tratamiento a procesos nuevos. Así SAN MARTIN, presentó al II Congreso - Español de Cirugía un caso de iliosigmoidostomía como medio de resolver una epilepsia refleja por estrechamiento (335).

SAN MARTIN es el importador e introductor de la operación — que SALZER de Utrecht (336) ideara, y se conocía en la literatura germánica con el nombre de Darmausschaltung y que él propone denominar, en castellano, "secuestración intestinal" (337). Una de las indicaciones de esta intervención eran las fístulas estercoráceas, y como tratamiento de ellas la aplicó SAN MARTIN en una mujer de 17 años, que presentaba una cloaca enorme en la región inguinal, desde hacía catorce años. La intervención consistió en realizar una anastómosis intestinal, dejando intacta la cloaca. Se anastomosó el ileón al colon. El tratamiento del secuestro se hizo de forma parcial, es decir, cerrando uno de los cabos y exteriorizando el otro. La enferma falleció a las cuarenta horas. El prestigio de SAN MARTIN, de que la cirugía del porvenir perfeccionaría esta técnica, no se cumplió, porque la resección se hizo segura.

3º. ENTERECTOMIA.

La resección que había iniciado el cirujano lionés REYBARD -

(338), en 1833, resecano con éxito inmediato 10 centímetros del colon — descendente, tardó en ser aceptada, quizás por las conclusiones severas a que se llegó cuando repitió experimentalmente la intervención a instancia de la Real Academia de Cirugía, por lo que hasta 1881, en que KOHLER (339) con la resección del colon sigmoideo, y KOEBERLE (340), con la resección de dos metros de intestino delgado, no se inicia la historia de este tipo de cirugía.

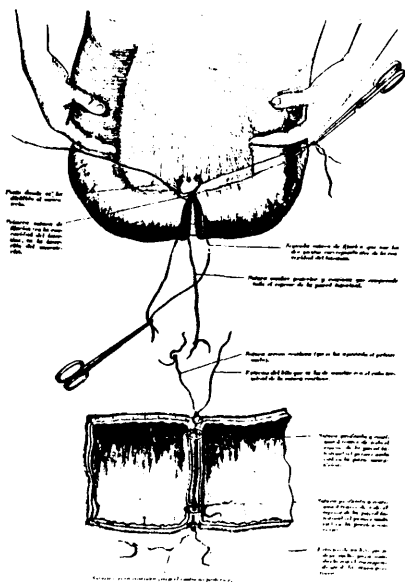
A partir de entonces, GUSSENBAUER, THIERSCH, SCHEDE, BAUM, — CZERNY, BILLROTH, muestran un interés enorme por esta posibilidad quirúrgica, hasta el punto de que este último, en 1890, cuenta con una estadística de once resecciones de intestino delgado, veinticuatro de ciego y — ocho de colon (341).

El primer caso, en nuestro país, de resección intestinal seguida de éxito, lo realizó RUBIO en 1888. Se indicó la intervención para tratar una fístula estercorácea, secundaria a una hernia estrangulada, — que los medios empleados, incluida la sutura, no curaron. "Dada la ineficacia de la primera operación, no quedaba que adoptar más que dos partidos: o abandonar la enferma a su suerte y que la consumiera en la miseria de su estado, o tentar una operación más radical. Abrir el vientre, buscar el asa intestinal rota, desprenderla de sus adherencias y suturar la solución de continuidad a ser posible; y en otro caso, reseca la porción afecta y hacer la sutura de los extremos" (342).

Cuando su autor presentó el caso, en enero de 1889, en la — Real Academia de Medicina de Madrid, señala que "la operación ejecutada — en esta enferma corresponde a la cirugía novísima, aunque sus precedentes datan de muy antiguo" (343).

La intervención la describe de la siguiente forma: "Elegí como punto de incisión abdominal la oblicua lateral a la derecha, que recomiendo para la ligadura de la ilíaca externa, y no hube de arrepentirme, porque cayó directamente desde el ciego, mostrando de un modo claro su apéndice vermicular. Cosa importante para la orientación en un género de operaciones en que la abertura abdominal debe ser pequeña, lo indispensable para introducir los dedos y con el tacto reconocer, porque de otra suerte y por incisión mayor, se escapan los intestinos, se dilatan y ya no se les puede hacer penetrar de nuevo, a causa de que el contenido se hace mayor que la capacidad continente, cosa que no sucede en los casos de tumores o hidropesías, por hacerse la cavidad amplia y dilatada desde mucho tiempo.

En efecto; por la incisión fué fácil, desde el ciego, enganchar la primer asa del ileon en la embocadura, y por pequeñas tracciones, correr a la segunda, encontrando entre ella y la tercera, a contar del ciego, que no cedía, y tiraba de la región crural, donde se hallaba preso. Entonces, protegiendo las partes con el índice y medio de la mano izquierda, ya con el bisturí, ya más con las tijeras, y teniendo el mayor cuidado con los vasos vecinos, pude desprender las partes, mostrándose al exterior el asa intestinal con una perforación como de tres y medio centímetros de longitud y dos y medio de latitud. La circunferencia de la abertura estaba fungiforme y ofrecía un área de mal aspecto en toda la circunferencia, por lo que, estudiando si por refrescamiento pudiéramos proporcionarnos un ojal que cerrase por sutura, resultaba que el calibre del intestino venía a quedar tan estrecho que apenas permitía el alojamiento del mefique, cosa imposible para un régimen normal en el curso posterior de las materias fecales. En este caso, tuvimos que optar y optamos por resecar transversalmente un trozo de intestino, que resultara como de ocho



RESECCION INTESTINAL

ANASTOMOSIS TERMINO - TERMINAL

centímetros, para que recayese la división en puntos sanos y prudentemente distantes de las alteraciones circulatorias.

Verificado esto, hicimos una estípación en forma de V en la parte del mesenterio correspondiente, a fin de que la sutura resultara más exacta. Hicimos la sutura del mesenterio doble, por una y otra cara de sus dos hojas, después de haber ligado por uno y otro extremo dos arcos arteriales que resultaron divididos. La sutura del mesenterio, como la del intestino, fue la de Lambert, pero no a puntos sueltos, sino con hilo continuo de catgut y suficientemente largo, a fin de alejar el temor de que algún punto aislado pudiera separarse antes de tiempo. Las partes quedaron íntimamente unidas y a satisfacción de que entre punto y punto no era posible escape de excrementos. Así sucedió felizmente, como testifica la observación" (344).

Según refiere RUBIO en la exposición del caso y en la publicación del mismo en El Siglo Médico, de 1889, anteriormente se habían realizado dos resecciones intestinales por lesiones traumáticas, ambas practicadas por ANTONIO SALADO y de la primera fue "testigo presencial y se determinó la operación por mi consejo". La autopsia del primer caso demostró que había pasado desapercibida una perforación y la del segundo una herida de un vaso que causó la muerte por hemorragia.

El caso siguiente del que tenemos noticia, lo realizó A. ESQUERDO en 1894 y es posible que entre él y el de RUBIO se realizasen resecciones intestinales, ya que el mismo ESQUERDO, al publicarlo, afirma que el método usado ya no había aplicado (345). Su caso presenta la particularidad de ayudarse de un aparato de sustancia vegetal modificado —

por él, pues "observé yo que la patata tiene poca consistencia y que es necesario que el tubo tenga las paredes muy gruesas para que sea resistente. Para obtener paredes más delgadas a la vez que más resistentes busqué otro material y lo encontré en la zanahoria y en la chirivía: por la concentricidad de las capas de estas dos raíces, y la textura fibrosa de la segunda capa de la última, pude conseguir un tubo, que sin más que un milímetro de grosos en las paredes aguantaba perfectamente una fuerte ligadura constrictiva de sedas".

Procedió de la siguiente forma: "construí un cilindro de cinco centímetros de longitud por uno y medio de diámetro con un milímetro de — grueso las paredes: alrededor del cilindro hice algunas muescas en dos líneas paralelas a una distancia de un centímetro, desde una a otra línea. — Este tubo tenía que enchufarlo en los dos extremos de intestino, hasta — — aproximar los bordes de éste y después colocar un asa de catgut por encima y alrededor de cada extremo de intestino. Anudando el asa de catgut quedarían sujetos al tubo los extremos del intestino, e interceptando el paso — del intestino hacia afuera, quedando libre la luz del intestino por dentro del tubo. Una vez sujeto el intestino podría practicar una sutura de Lam— bert por fuera de las asas de catgut, quedando, de este modo, comprendidos dentro de la sutura, las asas de catgut, y el tubo de chirivía. Esto me parecía que había de asegurar perfectamente, durante el primer día, el escape de gases y excrementos del intestino.

Tal como concebí la operación, la practiqué, dejando una sutura bien ejecutada, pues, a pesar de haber quitado las planchas de plomo y haber hecho circular, por compresión, los gases del extremo superior al inferior, no percibí ningún escape".

Al tercer día reintervino a la enferma, y volvió a reseca una porción de intestino que contenía la sutura anterior y "Esta vez, como no tenía tubos a mano, practiqué la sutura, primero de los bordes de la mucosa y después de la serosa (sutura de Lambert), reforzando ésta con una doble sutura, y asegurando, principalmente, la parte correspondiente al mesenterio" (346). El resultado fue la curación.

En ese año, RIBERA extirpa el ciego y anastomosa el ileon al colon. La enferma falleció. Es probablemente el primer caso de resección por gangrena, ya que ésta fue originada por un vólvulo de ciego (347).

Es preciso señalar, a título de parámetro, que CHAPUT, en 1890 en el X Congreso Internacional de Medicina de Berlín (348), manifiesta que la resección con enterorrafia, como método de tratamiento del ano contranatural, tiene una mortalidad de un 35 %, según un estudio por él realizado en 90 casos de resección. Es criterio suyo abstenerse lo más posible de semejante método operatorio, recomendando la abstención a los cirujanos no familiarizados con esta difícil operación. Tan es así, que en aquellos tiempos existían tres posiciones. Unos, entre los que figuraban HILLROTH, CZERNY, JULLIARD, aceptan esta intervención como método de elección; otros, representados por los cirujanos franceses, sólo ven indicaciones electivas y, un tercer grupo, la rechazan.

Los casos siguientes, en nuestro país, se producen como tratamiento del ano contranatural. En mayo de 1896, BRAVO Y CORONADO (349) publica un caso de ano crural, curado mediante enterectomía y enteroanastomosis, con el botón de MURPHY, y en julio del mismo año BRAVO Y PIQUERAS -- (350) presenta una comunicación a la Academia Médico Quirúrgica española de dos casos de ano contranatural, tratados por la enterectomía con entero

rrafia y la enteroanastómosis con botón de MURPHY. En noviembre, RIBERA - (351) extirpa el ciego y establece la anastómosis ileocólica usando el mismo artificio. En 1897, GUTIERREZ (352) extirpa cuatro centímetros de colon e íleon, evolucionando favorablemente la enferma a pesar de que la operación duró tres horas. RIBERA (353) obtuvo el primer éxito de resección intestinal en 1897, cuando se vió obligado a reseccionar veinticinco centímetros de sigma para poder corregir una eventración. Igual resultado obtiene con la resección de ciego que practica al año siguiente.

Los casos siguientes corresponden a BARRAGAN en 1902 (354), - CARRILLO CUBERO (355) y BRAVO (356) en 1904, y a RAVENTOS (357) en 1905.

El botón de MURPHY, aunque empleado por BRAVO CORONADO, BRAVO PIQUERAS y RIBERA, fue rápidamente suplantado por la sutura, aun en la época de pleno fervor por los métodos de anastómosis, que se valían de aparatos de aproximación más o menos perfeccionados. Sin que ello quiera decir que en ese tiempo no existiesen entusiastas del empleo del botón de MURPHY, como BRAVO Y PIQUERAS (358), para quien los éxitos obtenidos con él, le autorizan a seguir usándolo hasta que no aparezca un método mejor de - "sustituir a la sutura intestinal".

METODOS ORIGINALES DE RESECCION

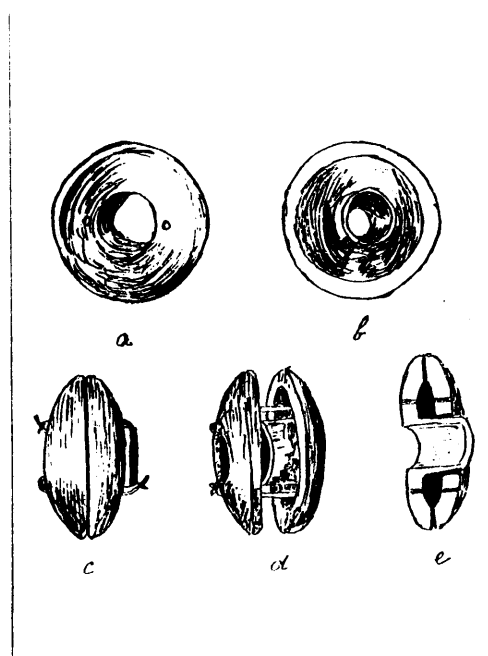
La aportación original española a la técnica de la resección intestinal cae dentro del estilo de su tiempo, es decir en la búsqueda de un botón anastomótico que alcanzara el límite de su perfección. Justo es decir que es obra y esperanza de un solo hombre, pues nuestros cirujanos, en general, nunca dudaron de la superioridad de la sutura.

MARTIN GIL es el autor de los discos de marfil descalcificados que sólo llegó a aplicar experimentalmente, pero que difundió a través de las comunicaciones a la Academia de Medicina de Madrid (359), Congreso Internacional de Medicina de Moscú (360), Congreso Hispano-Portugués de Cirugía (361) y en las publicaciones de la época (362) (363).

Dentro del grupo de los botones reabsorbibles, se encuentran los de BOARI, BALL, FRANK y MARTIN GIL, con la particularidad de que fueron todos publicados en 1897.

MARTIN GIL describe así su disco: "Mandé torneear unos casquetes de forma cóncavo-convexa, de dimensiones diferentes, desde ocho milímetros de diámetro hasta seis centímetros, con un agujero en el centro de la tercera parte del diámetro exterior. Una pieza tiene un cubo para alojarse en el agujero de la otra.

El grueso de los casquetes es proporcionado a su circunferencia, desde tres milímetros los más pequeños, hasta seis los mayores. A los



DISCOS DE MARFIL DESCALCIFICADOS

lados del agujero central hay otros muy pequeños, por donde pasan dos delgadas bandas de goma elástica, que sirven para unir los casquetes, formando un disco, como aparece en c. Estas bandas ejercen una presión moderada a fin de conseguir la atrofia del tejido comprendido entre los dos casquetes y no ocasionar el esfacelo del intestino. Están anudadas sobre sí mismas y vueltas a atar con seda trenzada de Czerny, para que los discos no se puedan soltar antes de que se haya formado una buena cicatriz. El modo como están dispuestas las gomas para que afronten eficazmente los casquetes, aparece en d. La sección transversal de un disco se comprende en c". (364).

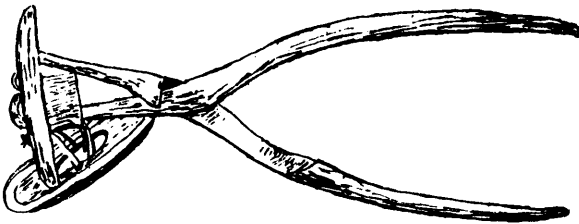
Su preferencia por el marfil, material al que llegó después — de experimentar otras sustancias, la razona en los siguientes términos: — "El marfil desposeído de la cal es perfectamente digerible en el tubo digestivo; pero después de haber pasado cierto tiempo.

Colocado en el intestino, no produce la mortificación, ni siquiera la atrofia del tejido comprendido entre los casquetes que forman el disco; así es que no resulta estenosis alguna de la luz del intestino.

Del mismo modo pueden aplicarse discos tan grandes como se deban necesitar para una gastro-enterostomía o una colostomía extremo con extremo, porque, como el marfil se digiere, no es causa de obstrucción" (356).

A la Real Academia, envió una colección de diez discos y posteriormente la aumentó a veintiseis diámetros "para operar debidamente en todos los casos que hasta ahora he creído se puedan necesitar" (366).

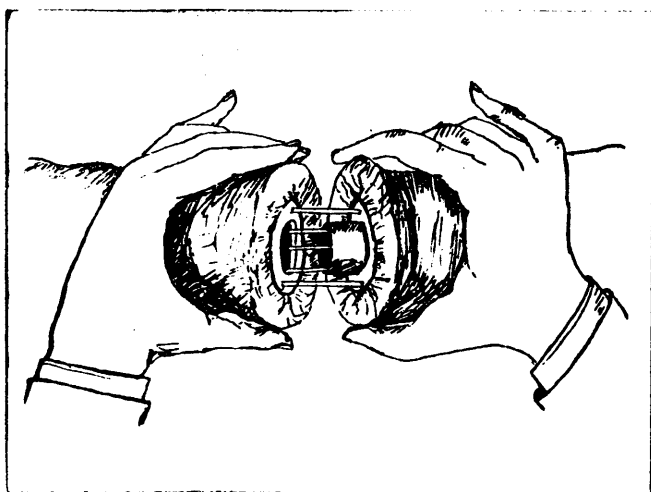
161.



PINZA CREADA POR MARTIN GIL PARA LA COLOCACION DE SUS DISCOS

La técnica de aplicación es sencilla, según sus palabras: --
"Cortando el intestino, se hace una sutura continua en un extremo, la --
cual se ejecuta con suma rapidez; se coloca un casquete, se riza la boca
del intestino y se ata el hilo. En el otro extremo se procede de idéntica
manera, y se dejan aproximar los casquetes atraídos por las bandas de go-
ma, resultando una perfecta coaptación de la serosa de los dos extremos --
del intestino. Si se ha cortado el mesenterio, se le hace una sutura con-
tínua" y el resultado no podía ser mejor: "Las anastómosis del intestino
mediante el disco desprovisto de las bandas elásticas, son tan perfectas,
que evitan por modo seguro la salida de líquidos o gases por el punto de
unión, como he tenido ocasión de comprobar constantemente en los ensayos
y en las vivisecciones que he practicado" (367).

El significado de su obra desde el punto de vista práctico, --
fue nulo.



DISCO DE MARTIN GIL DISPUESTO PARA CERRARSE

C) TECNICA DE HERNIORRAFIA.

Relacionar el tratamiento de un defecto de las paredes del abdomen con la cirugía gastrointestinal está autorizado, si tenemos en cuenta - que con él se soluciona uno de los cuadros más frecuentes y dramáticos de la patología intestinal, como es el de la obstrucción. Máxime si, como vimos en las páginas que anteceden, la evolución del pensamiento médico tiende a un tratamiento de la causa. Para que esta justificación no pierda validez, describiremos únicamente los procedimientos originales de herniorrafia creados por nuestros cirujanos en este periodo, ya que profundizar en el análisis y evolución de los métodos sería salirnos de los límites marcados, entrando en otro terreno que requiere estudios más profundos y extensos. Sólo a título de introducción, que centra el problema, haremos un guión muy general de la evolución de las técnicas quirúrgicas de herniorrafia, para así comprender como en ellas se insertan los métodos de nuestros cirujanos.

En el ambiente que supuso para la cirugía la práctica antiséptica, produjo lógicamente grandes adelantos en el tratamiento de una patología para la que desde antiguo se buscaba remedio. Es preciso añadir que - cuando a fines del XIX aparecen estos nuevos métodos de tratamiento, la base de los mismos, es decir, la anatomía, era perfectamente conocida.

La quelotomía, conocida y practicada en la cirugía antigua, producía serios temores por su falta de seguridad, en parte debida a que cuando se aplicaba, el enfermo había perdido su oportunidad operatoria. Como el resultado excepcional era sobrevivir a la operación, se buscaba y aplicaban

numerosos procedimientos no cruentos que, al fracasar, obligaban a la quelotomía tardía. Razón por lo que esta intervención no desapareció, sino al contrario, poco a poco fue aceptándose como el único tratamiento racional de la extrangulación herniaria. El paso siguiente fue admitir que, después de una quelotomía, se debía intentar la cura radical. Tal concepto lo expresa NUSSBAUM, en 1887, en un artículo publicado en El Siglo Médico, en los siguientes términos: "Hace cinco años que no dejo de hacer en todas las herniotomías la operación para la curación radical. Y sin embargo, es cierto que tal operación, cuando la extrangulación era demasiado complicada, iba seguida de parálisis, por lo que resultaba alguna mortalidad; pero también lo es que no siempre hay esta contraindicación" (368).

Desde el punto de vista técnico hay tres momentos decisivos:

- 1º. CZERNY, en 1877, crea la técnica de ligadura y escisión del saco a nivel del orificio externo, suturándolo en torno al cordón. A partir de aquí, se obtendrá un hecho definitivo; cuanto más alta sea la ligadura, mejores serán los resultados (369).
- 2º. CHAMPIONNIERE, en 1881, abre la aponeurosis del oblicuo mayor, lo que expone el saco a nivel del anillo interno. Se logra así otro hecho conculuyente y base del éxito de las nuevas técnicas: escisión del saco a la altura del anillo interno (370).
- 3º. BASSINI, en 1887, da el tercer paso definitivo para el tratamiento de la hernia inguinal, al trasponer el cordón y reforzar la pared posterior del canal inguinal, al suturar el tendón conjunto al ligamento inguinal (371). Este método, más o menos modificado, es el usado actualmente, y no deja de parecernos irónico hoy día el comienzo de su célebre memoria, que publicó en 1887: "Parecerá atrevido el escribir hoy día sobre la cura radical de la hernia inguinal" (372).

METODOS ORIGINALES DE HERNIORRAFIA

Describiremos cronológicamente los métodos creados por los cirujanos a lo largo del periodo estudiado.

1^o. METODO DE EGEA.

Su autor lo ideó en 1870 y CORTEZO le dió publicidad a través de El Siglo Médico en 1874. Este método pretende conseguir la cura radical mediante un tapón orgánico; es, por tanto, una modificación de la técnica de invaginación de GERDY. Como este autor sostenía la invaginación con puntos de sutura, para ser más precisos aclararemos que es más una variación del procedimiento WUTZER, que usaba un invaginador de bog o de marfil.

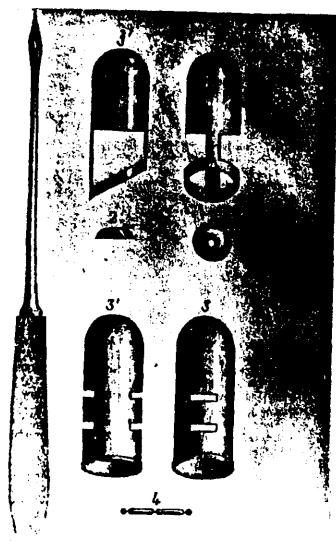
ESCRIBANO (373) demuestra que el antecedente a tales métodos - hay que buscarlo en el ejecutado por un español anónimo cuatro siglos antes, y que la nobleza del anatómico del Renacimiento BENEDETTI hizo que no se perdiera, al reseñarlo en una de sus obras. No resistimos la tentación de transcribir los puntos principales de esta técnica, que tomamos del trabajo de ESCRIBANO La cirugía y los cirujanos españoles del siglo XVI. La herniotomía s. a., para que nos sirva de parangón con el método que estudiamos.

"Una aguja fuerte enhebrada con un hilo de seda cruda muy resistente, de un pie de largo, y una plaquita de marfil o de cuerno cuadrada con dos escotaduras profundas en los bordes opuestos y de una pulgada -

de lado, son los únicos instrumentos necesarios (...). El médico, mediante su mano izquierda, contiene la hernia impidiendo que el intestino antes reducido, baje de nuevo al escroto, y con la derecha busca y aparta la vena seminal. (...) La aguja, engrasada en aceite, se clava a fondo, pasando el hilo; un ayudante toma el hilo y lo anuda sólidamente sobre la placa de — marfil, aplicada a la piel, dejando así ambos testículos fuera del hilo. — Una o dos veces cada día, se va retorciendo la placa apresada bajo el hilo, el cual poco a poco estrangula y secciona las partes blandas comprendidas en la ligadura, terminando su misión entre los diez y los quince días. La herida supura y acaba por cicatrizar, dejando consolidadas las partes en — forma que el intestino ya no desciende más" (374).

La descripción de los instrumentos y del procedimiento que seguía EGEEA, lo tomamos literalmente de la publicación de CORTEZO: "Consiste en un dedal metálico, provisto de cuatro ranuras en sus paredes y de una — perforación circular en su fondo; una aguja lanceolar ligeramente encorvada en su punta, y provista de un mango fuerte de búfalo, y un bastoncillo con una ranura central y dos laterales, mediando entre estas últimas la — misma distancia que el diámetro de abertura del dedal que se usa.

Veamos como se opera con tales instrumentos; colocado el enfermo convenientemente en el borde del lecho, y teniendo en flexión los mus— los sobre el abdomen, y colocado el cirujano enfrente de la pelvis, permanece un ayudante detrás del operado y de modo que pueda fácilmente interve— nir en el momento oportuno con su cooperación. Reduce el operador la her— nia, e invagina con el dedo índice de la mano izquierda la piel de la in— gle y parte del pliegue escrotal en el interior del conducto inguinal; esta invaginación debe hacerse de un modo pausado para evitar dolores al pa—



INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA LA REALIZA
CION DEL METODO DE EGEE

ciente y sosteniendo con la mano derecha el testículo y la parte de escroto de aquel lado, para que no quede deforme en nada aquella parte. Una vez que el dedo da la indudable sensación de haber atravesado el anillo y encontrarse en contacto con la cara interna de la pared abdominal, se toma con la mano derecha la aguja, en la que se ha enhebrado un cordonete fuerte del que cuelga el dedal, pasando por el orificio de su fondo y a cuyo extremo libre se encuentra atado el bastoncillo, por su muesca media. Con la punta de la aguja, se sigue la cara palmar del índice izquierdo, siempre dentro del anillo y sosteniendo la invaginación en dedo de guante de la piel; llegado el instrumento al fondo del saco que la piel forma, atraviesa ésta y la pared abdominal de dentro afuera, apareciendo su punta con el cordonete enhebrado a escasa distancia del pliegue inguinal.

Al llegar este tiempo de la operación, el ayudante se apodera del cordonete que ya no debe abandonar hasta dejarle convenientemente sujeto, y el operador retira la aguja siguiendo el mismo camino recorrido. Entonces se tira el cordón y se hace que el dedal metálico reemplace al dedo; el bastoncillo sostiene por sus muescas laterales los bordes del invaginal que queda completamente dentro del conducto inguinal. El cordonete libre por la parte externa de la puntura, se mantiene en conveniente tensión hasta persuadirse de que el resto del sencillo aparato está bien colocado, y luego, siempre tirante, se ata a un corchete común invertido, que se encuentra cosido a un vendaje de cuerpo preventivamente colocado, y que por dos vendotes que pasan por los hombros, impide que el apósito ceda hacia abajo, aun cuando el enfermo se moviese; de esta suerte el sedal o cordone tira del bastoncillo, y éste del dedal que no puede salir del conducto; pero para asegurar aún más y con un objeto que veremos después, se dan dos o tres puntos de sutura que sólo interesan la piel vecina al extremo libre

del dedal, y para los cuales se hace pasar los hilos por las hendiduras transversales que en la figura se hallan representadas.

En este momento queda la operación terminada; colocándose — un vendaje —especie de inglete—, suficientemente sujeto, y espérase recomendando la quietud del enfermo" (375).

CORTEZO realizó modificaciones en el dedal al biselar su extremidad libre y al sustituir su doble hendidura por una más ancha a cada lado. También reemplazó el bastoncillo por un botón perforado y la atadura del cordonete la practica a una chapa metálica o a un broche de pasta (376). MORALES PEREZ propone un dedal cuatrivealvo, que razona y explica de la siguiente forma: "Para evitar que el cirujano tenga que usar diferentes dedales metálicos, según la mayor o menor amplitud del conducto inguinal en los individuos que se operan, fácilmente pudiera construirse un dedal metálico, que por un sencillo mecanismo se dilatarán las paredes y tuviera mayor o menor amplitud. Para ello es necesario un dedal con cuatro valvas metálicas unidas a un eje de la misma sustancia por pequeños travesaños, sujetos a aquél por medio de tuercas y el eje unido por su extremo superior al fondo del dedal; de este modo, al bajar el eje subirían los travesaños, y se separarían las valvas, ensanchándose el dedal metálico" (377).

BARRIOS introdujo cambios en el vendaje en espica (378).

Tuvo gran difusión y apareció en las traducciones de los textos quirúrgicos de NELATON (379), ERICHSEN (380), ASHHURST (381) y en el Tratado de Operatoria Quirúrgica de MORALES PEREZ (382). USTARIZ

(383) y RIBERA (384) le dedicaron publicaciones y aunque se usó, las - triunfalistas palabras de CORTEZO no se cumplieron: "el ideal perseguido por la cirugía de todos los tiempos ha encontrado su resolución en nuestro país (...). Creemos en efecto, que en manos del Dr. Eguea se - ha cerrado la hermosa página abierta por Gimbernat, pudiendo asegurar con un eminente profesor contemporáneo nuestro -que en este país en - donde Gimbernat había escrito el alfa en el tratamiento de las hernias, se ha logrado también encontrar la omega-" (385).

De este optimismo participan CREUS y MORALES PEREZ, porque para ellos era un método seguro e inofensivo. RIBERA, aunque lo acepta, es más escéptico, pues el procedimiento no cumple todos los requisitos para una cura radical.

Preciso es reconocer que la inocuidad y la sencillez de — aplicación a hernias inguinales y crurales hizo de él un procedimiento valioso, hasta que las aportaciones de CHAMPIONNIERE y BASSINI le dieron el golpe de gracia.

2º. METODO SUBCUTANEO DE DIAZ Y GONZALEZ.

Su autor lo publicó en 1881, en un folleto titulado Hernias. Desbridamiento. Método subcutáneo y diversos procederes inventados y — ejecutados por el doctor Isidoro Díaz y González (386), al que le puso un vanidoso final: "sustituyendo una operación mortal a otra, como dijimos, inofensiva, pues en unos casos no tiene más consecuencias que las de una simple incisión, y en otros, es tan inocente como la táxis".

Su método consiste en hacer "la desgarradura por medio del - dedo, invaginándole en el escroto en el hombre; debe hacerse, porque esto es inofensivo o inocente y de buen éxito (...); cuando no se puede ha cer el desgarramiento con el dedo se haga el desbridamiento con el bistu ri, invaginándole a la vez con el dedo".

Años más tarde, en 1892, GONZALEZ DEL VALLE (387) se ocupa - de dar publicidad al método, que según él está exento de peligros. Por - ello no encontramos explicación al hecho de que un cirujano como RIBERA, tan amante de nuestra ciencia, cuando en 1894 hace referencia a este ti - po de proceder, ignore a su autor. Que se trata del mismo método, no de - ja lugar a dudas, pues textualmente dice: "Doce son las hernias estrang u ladas entre inguinales y crurales que llevo operadas por dilatación digi i tal forzadas de los anillos, sin incindirlos previamente, y en ninguno - de los casos los anillos han presentado gran resistencia para ser dilata a dos, si bien es cierto que no se les puede dilatar en todos los sujetos con igual facilidad".

El juicio que le merece es bueno, porque "lo sucedido hasta la fecha autoriza a creer no es la dilatación digital forzada de los an i llos de peores resultados para lo futuro de cualquier otro método de di - latación; más bien induce a pensar es ventajoso" (388), lo que hace más incomprensible la falta de referencia a su autor.

3º. METODO DE HERNIORRAFIA RIBERA-I.

Un cirujano de la inventiva y actividad de RIBERA, que fue - alcanzado en plena madurez científica por la conmoción que supuso la bás

queda de un método de herniorrafia perfecto, no podía quedarse como simple espectador.

Este procedimiento, que denominó RIBERA-I para distinguirlo de otro que puso en práctica en 1905, fue aplicado por primera vez en la clínica en 1896, y sufrió a lo largo de los años las modificaciones que dictaba la experiencia de su autor. Los motivos que le indujeron a usar tal procedimiento, abren su comunicación sobre este tema en el I - Congreso Hispano-Portugués de Cirugía en 1898, con las siguientes palabras: "no con objeto de crear nuevos procedimientos operatorios, sino - exclusivamente, con el fin de adoptar un procedimiento sencillo, ya que ahora, lo que parece priva son los complicados" (389).

El convencimiento de que el origen de las supuraciones en las herniorrafias estaba en los hilos abandonados, y por tanto el problema no era tanto técnico como de infección o de intolerancia, llevó a RIBERA "a encontrar un procedimiento de sutura temporal, con el fin de no dejar ningún cuerpo extraño dentro de la hernia (...), llevando a la práctica dicha idea por medio de una sutura en asas y, por tanto, una especie de sutura de colchonero aplicada por encima del cordón, y terminando con una sutura superficial, a punto por encima" (390).

Dos años más tarde, en 1898, convencido de la exactitud de la idea de BASSINI, modifica su método, pues no actúa sobre la pared posterior del conducto inguinal. En esencia, la originalidad de su procedimiento consiste en las siguientes maniobras:

a) Sección del saco en dos mitades, con lo que hace dos nudos que sirven para cerrarlo.

b) Realiza dos planos de sutura, comprendiendo entre ellos el cordón con lo que pretende dejar la región en condiciones lo más parecidas a la anatomía normal. Esta sutura la realiza de la siguiente manera: "con una aguja grande enhebrada con un hilo, cuyos cabos fueran iguales, a fin de que resultara un doble hilo, atravesé el borde superior de la herida, empezando por la parte más externa y comprendiendo todos los planos, incluso la fascia transversalis; con el dedo introducido en el anillo guíe la aguja, para que correspondiera al borde superior de dicho anillo, sucesivamente al inferior, protegiendo con el dedo la arteria ilíaca; y después, haciendo salir la aguja en dirección opuesta a la entrada, atravesé de dentro afuera todos los planos que comprendía el borde inferior de la incisión, desde el anillo a la piel; este punto penetraba y salía a unos dos centímetros de la incisión. Cortando entonces los dos cabos próximos a la aguja, para separar a ésta, resultan pasados por el mismo punto dos cabos superiores y dos inferiores; anudando los superiores queda un asa en cuya luz coloco un trozo de gasa yodofórmica, que tirando fuertemente de los cabos inferiores se aplica sobre el borde superior; se coloca otra porción de gasa sobre los cabos inferiores, y anudándose sobre dicha gasa quedan perfectamente aplicadas en su parte profunda las paredes superior e inferior de la incisión, quedando de este modo colocado un punto profundo que pasa por debajo del cordón. Así se dieron cinco puntos profundos; dos de ellos, los más externos, comprendían el anillo, con el fin de no dejar en él más espacio que el suficiente para el paso del cordón. Colocado el cordón encima de este plano profundo, el segundo plano de sutura se hizo con puntos entrecortados, entre los profundos, de modo que abrazaban todos los tejidos de los bordes de la incisión, pero de modo que el hilo pasara por encima de los elementos del cordón, que así quedaba comprendido entre el plano más profundo y el segundo más superficial. Terminada la sutura el tercer plano a punto por encima y que sólo comprendía la piel".

Años después, al comprobar que la ligadura del saco no era -- realizable en la mayoría de los casos, es abandonada y sustituida por la ligadura con seda y resección. Así continuó aplicándolo hasta que el -- tiempo le demostró que la sutura acolchada comprimía frecuentemente el -- cordón, lo que era motivo de orquitis. En 1905, el método sufre una trag formación tan radical que creo debe denominarse método de RIBERA-II, y -- que estudiaremos cuando cronológicamente le llegue el momento.

El método de RIBERA-I, basado en el de DUPLAY, fue aplicado por su creador en cuarenta y seis adultos y veinte niños (391).

4º. SUTURA TEMPORARIA DE RAVENTOS APLICADA A LA HERNIORRAFIA.

A partir de 1897, en la clínica de ESQUERDO se comenzó a -- usar para el cierre de las laparotomías la sutura de pellejero, consis-- tente en que los extremos de los hilos se anudan en el exterior sobre -- trozos de gasas, con lo que pueden retirarse cuando se deseen.

La aplicación de esta sutura, y la denominación de pérdida -- temporaria por RAVENTOS, al tratamiento de las hernias por el procedi-- miento de BASSINI, en diciembre de 1897, hace que si no precisa de mayor estudio, sea justificable su recuerdo (392).

5º. METODO DE ORTIZ DE LA TORRE.

Este autor presentó al XIV Congreso Internacional de Medici-- na su método, en una comunicación titulada: "Nuevo procedimiento de obli

teración de las hernias inguinales. Plegamiento de la aponeurosis del — oblicuo" (393).

Técnicamente es muy simple, ya que consiste en disminuir el orificio inguinal externo, mediante una sutura de catgut, con una única precaución de no lesionar el cordón. Esta sutura pretende a la vez que — estrechar el conducto, borrar las fosillas clásicas, al ser empujado el peritoneo por la fascia transversalis y éste por el cordón. La aplica- — ción ideal es en las hernias inguinales congénitas incipientes, ya que — en las otras, según su autor, debe usarse el método de BASSINI, al que — añade el plegamiento de la aponeurosis.

En realidad, este método no deja de ser una variante de la — sutura de los pilares según CZERNY (año 1877), y por tanto puede conser- — var su vigencia, ya que hoy día en el lactante y en el niño no se practi- — ca la operación de BASSINI, por innecesaria y peligrosa, pues la simple extirpación alta del saco, como indicara SOCIN en 1879, y difundieran — KAREWSKI y SLAZER, es suficiente; técnica conocida en los países de ha- — bla inglesa como operación de MITCHELL-BANKS.

6º. METODO DE HERNIORRAFIA RIBERA-II.

Según ARQUELLADA, que lo comunicó al Ateneo de la Beneficencia Municipal de Madrid en 1906, y posteriormente lo publicó en 1907 — — (394), se basa en la aplicación por RIBERA de la sutura intradérmica de CHALOT-POZZI o RAVENTOS.

Consiste en una sutura en zigzag, que penetrando de fuera — adentro, une el borde inferior del oblicuo menor y el transversal al bor-

de posterior o inferior del arco crural obteniendo así reconstruida la pared posterior. Llegado este momento, se coloca el cordón sobre ella y se procede de igual manera con la anterior. Por tanto, la reparación es en tres planos, mediante una sutura en zigzag.

RIBERA la empleó durante toda su vida, ya que en el capítulo dedicado al tratamiento operatorio de las hernias, en su obra póstuma, — puede leerse: "He hecho este procedimiento en un número suficiente de casos, los bastantes para tener la seguridad de que con él se obtiene lo — que me había propuesto; hacer una operación sencilla, segura y fácil, sin dejar en la herida ningún cuerpo extraño" (395).

Los resultados fueron buenos y por este procedimiento operó — sesenta y siete hernias inguinales en adultos y treinta y nueve en niños. El abandono del método sobrevino cuando se pudo disponer de buenos materiales asépticos de sutura, pues precisamente nació por falta de los mismos.

7º. METODO DE HERNIORRAFIA DE SAN MARTIN.

En el II Congreso Español de Cirugía, celebrado en Madrid en 1908, SAN MARTIN dió publicidad a la desafortunada idea de su "Nuevo método de operación radical en las hernias inguinales por inclusión del testículo en el abdomen" (396). Originó una discusión en la sesión del Congreso en que se presentó y en la que los argumentos de ESQUERDO y ORTIZ DE LA TORRE eran irrefutables. No fue mayor el éxito, cuando meses más tarde lo presentó en el Congreso Internacional de Cirugía de Bruselas, en el — que pudo comprobar que un procedimiento similar había sido publicado años antes.

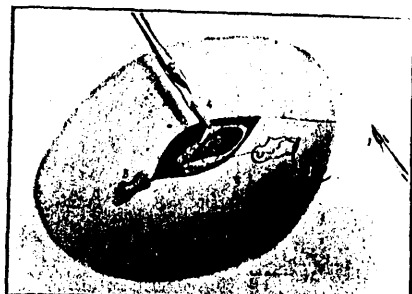


CURA RADICAL DE LA HERNIA INGUINAL

PROCEDIMIENTO DE RIBERA-II

SUTURA PARED POSTERIOR

1. Pinza sosteniendo el cabo inicial de la seda
2. Sutura que une las aponeurosis del transverso y oblicuo menor al ligamento de Falopio.
3. Aguja en el extremo terminal de la seda, dispuesta a suturar la pared posterior del conducto inguinal.
4. Pinza en la pared anterior del conducto inguinal.
5. Manos del operador estirando la seda para que se aproximen los bordes de la sutura de la pared posterior del conducto inguinal.
6. Seda separando el cordón espermático.



CURA RADICAL DE LA HERNIA INGUINAL

PROCEDIMIENTO DE RIBERA-II

SUTURA DE LA PARED

ANTERIOR

1. Pinza sosteniendo el cabo inicial de la seda.
2. Sutura continua de la pared anterior del conducto inguinal
3. Aguja dispuesta a continuar la sutura anterior
4. Pinza en la aponeurosis del oblicuo mayor
5. Trozo de tubo de caucho, sobre el que pasa la seda intermedia entre la sutura profunda y superficial
6. Cordón espermático

Por tanto, su método, que consistía en provocar una criptorquidia artificial, no tuvo otra aplicación que la que le dió su autor, - en un corto número de casos.

8º. METODO DE HERNIORRAFIA DE CERVERA.

Presentado por LOZANO al II Congreso Español de Cirugía en - 1908, en realidad no es más que la aplicación de una sutura metálica permanente a la cura radical. Consiste, en palabras de su comunicante, en - "cualquiera sea el procedimiento empleado, termina por suturar con hilo de plata replegando la pared anterior del conducto inguinal, y estrechando el anillo externo de este conducto si no ha incidido dicha pared, • aproximando los colgajos que resultan al hacer la incisión de la misma - en toda su extensión" (397).

LOZANO fue un panegirista del uso de los hilos de plata, pues en el elevado número de veces empleados en el Instituto Rubio jamás había visto supuraciones, y además creía que si el procedimiento operatorio tiene importancia, no es mayor que el modo de suturar (398).

9º. METODO DE SUTURA PROFUNDA TEMPORAL GOYANES I.

Goyanes, en febrero de 1908, hace referencia a este método, - que comunica extensamente meses más tarde al II Congreso Español de Cirugía (399).

La frecuencia con que las infecciones aparecen, aun guardando severamente las normas de asepsia, y la persistencia de las mismas, mientras no se eliminan los hilos, convierten a las suturas extraíbles o temporales en excelentes en este tipo de cirugía. En esencia, este método es la asociación de este tipo de sutura con un método de autoplastia que deja los elementos como en circunstancias normales. En suma, es una técnica de BASSINI a la que se le da originalidad en la forma de anudar y sacar los hilos.

La descripción amplia de la sutura, se encuentra en la comunicación al citado Congreso, pero la maniobra puede resumirse en los siguientes términos: una vez pasados los puntos, como BASSINI hace para la pared posterior, este hilo sencillo se dobla por uno de los cabos sobre sí mismo, forman un asa, y se realiza una sencilla lazada con el otro cabo; posteriormente se extrae el asa a un lado de la herida y al otro lado los cabos sueltos. Al tirar de uno de los cabos se aprieta el nudo y al hacerlo del otro, se deshace por lo que se coloca un rollito de gasa debajo del cabo doble, hasta el momento de extraer los hilos.

Usado por su autor repetidas veces, le permite señalar como ventajas del mismo la ausencia de flemones crónicos y el perfecto afrontamiento del plano muscular al ligamento de Falopio.

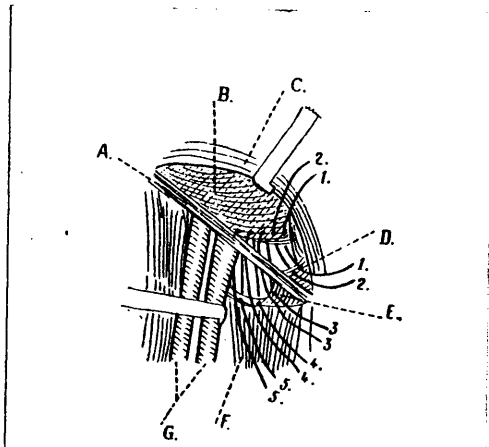
Las razones señaladas para el abandono del método de RIBERA - II son aplicables a éste.

10º. METODO DE HERNIORRAFIA GOYANES II PARA EL TRATAMIENTO SIMULTANEO DE
HERNIA INGUINAL Y CRURAL.

Nació como método de tratamiento, ante la existencia simultánea de hernia inguinal y crural del mismo lado.

El primer autor que se ocupó de este problema fue FODERL, en 1898, practicando una modificación al método de BASSINI con el fin de evitar que se forme una hernia crural después de la cura de la hernia inguinal. Los procedimientos de ANANDALE, RUGGI, PARLAVECHIO y TUFFIER, buscan la reparación de la hernia crural por vía inguinal, aunque este último autor la recomienda también para los casos en que la hernia inguinal coexista con una crural. Por tanto, casi podemos afirmar que el método de Goyanes, al ser creado con el único fin de tratar la hernia inguinal y crural coincidentes, es el primer método que busca tal objetivo.

Practicado por vez primera en 1907, es descrito al año siguiente por su autor con las siguientes palabras: "Consiste esencialmente en desprender y movilizar el plano posterior del conducto inguinal, y suturarlo, atrayendo hacia abajo su borde inferior, a los ligamentos aponeuróticos suprapúbicos, que están representados de dentro a fuera por el Colles, el de Gimbernat y el de Cooper con el pectíneo, dejando así ocluido el anillo crural con el plano muscular (resistencia viva) que impide la reproducción de las hernias" (400).



**TECNICA DE GOYANES II PARA EL TRATAMIENTO
SIMULTANEO DE HERNIA INGUINAL Y CRURAL**

- A - Ligamento de Poupart
- B - Plano muscular formado por el oblicuo interno y el transverso
- C - Cordón espermático
- D - Ligamento de Colles
- E - Ligamento Gimbernat
- F - Músculo pectíneo
- G - Vasos femorales; la vena hacia dentro
- 1, 2, 3, 4 y 5 puntos de sutura

Los numerosos métodos de herniorrafia creados por nuestros cirujanos, a los que se pueden añadir las variaciones más bien insignificantes, como pueden ser la de CIFUENTES (401), o la de LOZANO (402) al método que creó original suyo, hasta que comprobó que lo había preconizado - HALSTED con anterioridad, expresan un alto nivel técnico de nuestra cirugía. Todos pretenden conseguir un método que evite la infección, y si ésta se produce, que los hilos, que son la causa de su mantenimiento, se — puedan retirar. Justo es decir, que no deja de ser loable este intento en una época en la que el mismo método de BASSINI daba un porcentaje elevado de supuraciones; pero cuando la infección dejó de ser un peligro real, es tos métodos pasaron al olvido, porque se preocuparon de con qué suturar y no vieron que el centro del problema era la reconstrucción del conducto - inguinal, utilizando los planos como había demostrado BASSINI. Planos que pueden ser suturados separadamente, o en bloque, por detrás o por delante del cordón, o por detrás y por delante, pasando los hilos aisladamente, o en U, o en X, o en S, etc.; en suma, en cirugía el virtuosismo técnico no suele perdurar, si no es la materialización de una idea elaborada, por — que como escribió LERICHE, en 1951: "La Cirugía es, en primer término, — una labor de artesanía. Pero, en realidad, nuestros gestos están al servicio de nuestras doctrinas, y para nosotros, como en todas las ciencias, — las ideas son las que permiten descubrir nuevos hechos, porque ellas son las que enfocan el proyector sobre la oscuridad y lo oculto" (403).

III - Nacimiento de la apendicitis aguda como enfermedad quirúrgica.

Nunca una enfermedad para la que se propugnaba un tratamiento tan simple como es la apendicectomía, fue motivo de tantas polémicas; -- pues si la mentalidad médica aceptó pronto de forma unánime cambiar el -- concepto de tiflitis y paratífilitis por el de apendicitis, no sucedió lo -- mismo con la idea de que el tratamiento quirúrgico era el único racional. El sometimiento general a esta premisa, lleva implícita la necesidad del diagnóstico precoz, que no tuvo lugar hasta la tercera década del presente siglo, aunque sin embargo, con más frecuencia que el inevitable error médico, hoy día presenciamos el triste espectáculo de apendicitis en periodo muy avanzado, porque al amparo de los antibióticos, en ocasiones se preconiza el tratamiento médico en el comienzo de la apendicitis aguda.

La apendicitis aguda adquiere entidad nosológica con la descripción de FITZ en 1886. A él se debe el término de apendicitis y tiene el mérito de ser el primero que insistió en la necesidad de la operación.

Esta enfermedad, que es la más frecuente de las afecciones -- quirúrgicas agudas del abdomen, es una adquisición muy reciente, debido a la suma de ideas erróneas, que llevaron a denominar tiflitis, paratífilitis o cólico miserere a formas muy evolucionadas de apendicitis y que no desaparecieron hasta que las exploraciones precoces permitieron observar el comienzo del proceso. Esto tuvo lugar en un corto espacio de tiempo, -- pues a finales del siglo XIX se conocía con toda nitidez la clínica, la -- anatomía patológica y el tratamiento quirúrgico.

MORTON, en 1887, practica la primera apendicectomía en fase — aguda y TREVES, en 1888, la primera en frío. De todas formas, éste es un — punto que deberán aclarar los historiadores de la Medicina, pues en una referencia consultada por nosotros, del XXIV Congreso Alemán de Cirugía, celebrado en 1901, ROUX afirma ser el primero que operó una apendicitis en — 1881 (404).

Esta conquista de la cirugía norteamericana, personificada en FITZ, MURPHY, MORTON, MAC-BURNEY, debe unir los nombres de TREVES, MICKULICZ, KRÖNLEIN, SONNEN, BURG, ROUX, TALAMON, JALAGUIER, RECLUS y, especialmente, el del apasionado y sectario DIEULAFOY, para quien la apendicitis — es la gran enfermedad abdominal: grande por su frecuencia, por su marcha, — por las sorpresas a las que da origen, por su gravedad extrema. La intervención quirúrgica precoz se impone para prevenir todos los accidentes y — de este modo "casi nadie morirá de apendicitis" (405).

Nuestro país siguió directa y activamente la evolución del problema de forma simultánea con el resto de Europa y entiendo que se hizo a través de tres etapas. La primera, que podemos llamar DIAGNOSTICA, fue la base de las otras dos, pues la sustitución del concepto de tiflitis por el de apendicitis evitó confusionismos. La siguiente o TECNICA, es en la que el cirujano realiza sus primeras apendicectomías, con lo que introduce el tratamiento quirúrgico. La duración de estas primeras etapas es corta, ya que la asimilación del nuevo concepto y la aplicación práctica del mismo — es casi inmediata, cosa que no sucedió con la etapa siguiente, o de INDICACION, que fue larga y conflictiva, pues la acertada y radical afirmación — de DIEULAFOY: "la apendicitis no tiene tratamiento médico, y una vez diagnosticada hay que emplear con urgencia el tratamiento quirúrgico" (406), — dividió a los médicos en dos bandos irreconciliables.

1. Primera etapa o DIAGNOSTICA.

El primer autor que se ocupa en nuestro país de llamar la atención sobre la necesidad de archivar el concepto de tiflitis y reemplazarlo por el de apendicitis, es LEOPOLDO RAMONEDA. Su trabajo "Sobre la tiflitis" publicado en 1890, basado en la experiencia extranjera, señala cómo la variabilidad posicional del apéndice es causa, de los distintos cuadros, y — cómo la complicación más grave de este proceso es la peritonitis por perforación (407).

LLAGOSTERA, en su tesis presentada en 1891, que se ocupa "De — la intervención quirúrgica en el tratamiento de la peritonitis", señala — que "las lesiones llamadas tiflitis, peri y paratífritis dependen casi todas de lesiones del apéndice cecal que se inflama, ulcera y perfora por la presencia de un cuerpo extraño, o de un cálculo fecal o coprolito" (408).— El trabajo que en el mismo año publica ESQUERDO, reconociendo públicamente su ignorancia y despreocupación sobre un proceso que sólo tiene seis años de historia, pero lleno de gravedad por lo imprevisto de su evolución, hay que situarlo entre los que intervinieron en la creación de la apendicitis como entidad nosológica (409). En realidad, el golpe de gracia al concepto de tiflitis se lo da MARTIN GIL en 1899, al englobar en el término de apendicitis toda la patología de la fosa ilíaca derecha: "se entiende por apendicitis la inflamación del apéndice y del ciego, y la peritonitis localizada a la región de estos órganos .

Muchos autores han llamado a esta enfermedad tiflitis, peritífritis, paratífritis, cecitis, pericecitis, paracecitis, periapendicitis, — ecfiaditis y flemón ilíaco. Hoy, con más acabado juicio, se comprende bajo el nombre de apendicitis casi todos aquellos estados que pretendían signi-

ficar tan gran número de voces, al par que se reconocen las infinitas alteraciones y modalidades que la anatomía patológica nos enseña, quedando sólo reservado para la clínica el término peritiflitis, que es sinónimo de "peritonitis local", producida por la apendicitis" (410).

Un año antes, ROBERT admite la entidad de la apendicitis, pero adopta unos términos contemporizadores: "que la apendicitis constituye un proceso asaz frecuente, no puede ponerse en duda; pero que no debe borrarse poco o menos de los cuadros nosológicos la inflamación cecal sin gran resonancia por parte del apéndice, es también incuestionable" (411).

CERVERA tampoco adopta una postura de radicalidad absoluta, al presentar al primer Congreso Hispano Portugués de Cirugía su comunicación sobre "Apendicitis", pues considera que la tiflitis y peritiflitis, aunque excepcionales, existen (412).

2. Segunda etapa o DE TRATAMIENTO.

La primera apendicectomía realizada en España, en fase aguda - tuvo lugar en 1892, en el Instituto de Terapéutica Operatoria. Fue realizada por GARCIA ANDRADAS, con el diagnóstico preoperatorio de apendicitis, a través de una incisión que hoy conocemos con el nombre de MAC BURNIEY: "Incidió a tres traveses de dedo por dentro de la espina ilíaca anterior superior derecha, trazando una incisión longitudinal y algo convexa hacia fuera, cuya mitad venía a caer al nivel de la espina ilíaca anterior superior derecha" (413). La apendicectomía se realizó de la siguiente forma: "Después de haber limpiado con esmero el peritoneo, la fascia ilíaca y el psoas se procedió a suturar las dos hojas del mesociego, que envainaban al apén-

dice vermicular, y enseguida puso dos ligaduras en base de dicho apéndice, al cual seccionó por encima de aquéllas" (414).

Como anécdota citaremos que la primera apendicectomía realizada en España tuvo lugar en 1886. Se extirpó el apéndice con el termocauterio, pues ocupaba el saco de una hernia y estaba adherido al anillo. El cirujano sorprendido por el hallazgo suspendió la intervención" para meditar cuál sería la solución más acertada, cubriendo en tanto la herida con un -apósito antiséptico" (415). Es obvio que la apendicectomía de este caso no pasa de una curiosidad histórica, pues nada la relaciona con el tratamiento de la apendicitis, y su ejecución, realizada sin técnica racional, produjo la muerte del enfermo.

La resección del apéndice fue una técnica tan simple y reglada desde el principio y de tan total aceptación -el que a la ligadura del muñón debería seguirle una sutura invaginante-, que su práctica por los cirujanos fue inmediata. Así, RIBERA (416), que se inicia en esta cirugía en -1891, cuenta con tres casos en 1893, y en 1894 con cinco (417). Preciso es aclarar que lo avanzado de las lesiones no le permite otro tipo de intervención que el drenaje, y por tanto no había realizado en estas fechas ninguna apendicectomía. Ello no tiene importancia, pues no era por incapacidad técnica sino por no haber encontrado un caso apropiado, ni es argumento que inhabilite la afirmación de que a partir de entonces la técnica de la apendicectomía es conocida y asimilada definitivamente a nuestra cirugía, y por tanto, entramos en la tercera etapa.

3. Etapas de INDICACION.

Aceptada la apendicectomía como conquista técnica, las publicaciones prestarán escaso interés a esa faceta, pues éste se centra en cuándo debe operarse. Tal cuestión creó dos posturas irreconciliables; los llamados oportunistas, que admiten la operación cuando ellos la creen indicada, y los intervencionistas, para los que al diagnóstico debe seguir la intervención. Este periodo, que se inicia en los tres últimos años del XIX, tiene en ESQUERDO, ROBERT, CERVERA y RIBERA, sus portavoces, que manifiestan sus opiniones públicamente en los siguientes términos:

ESQUERDO adopta una postura oportunista, que en estos años es unánime y para él "es indudable que muchas apendicitis se curan con un tratamiento médico bien dirigido, y que la apendicitis no recidiva con tanta frecuencia como se cree, si el individuo que ha sufrido un ataque, sabe cuidarse" (418).

Para ROBERT, "sólo en casos de gran urgencia y cuando se pueda presumir un esfacelo rápido del apéndice, con pronta difusión peritoneal, — como en éste caso el peligro es grande y nada puede esperarse de los medios ordinarios, se estará autorizado para operar, prescindiendo de los días transcurridos desde la iniciación del proceso" (419).

CERVERA y RIBERA tampoco llegan a la radicalidad, pues aunque restringen el tratamiento médico, tiene su indicación en la apendicitis — simple y cuando existe periapendicitis plástica.

La posición de nuestros cirujanos en los años siguientes, está representada en las opiniones expuestas en las sesiones de la Academia Mé-

dico Quirúrgica de Madrid, en 1901, en la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, en 1902, y en la Real Academia de Medicina de Madrid en 1908, al ocuparse del tema del tratamiento de la apendicitis aguda.

JUAN BRAVO (420) es el primer cirujano español que hace suyas las conclusiones de la Sociedad de Cirugía de París. La apendicitis aguda es una enfermedad que no tiene tratamiento médico y debe operarse de urgencia. Tan rígidos conceptos, hechos públicos en la Academia Médico Quirúrgica Española, en la sesión de febrero de 1901, fueron el arranque de un debate que finalizó en la sesión de mayo, sin que VALLE y ALDABE (421) BARRAGAN (422), GONZALEZ CAMPO (423), ORTEGA (424), PRIETO DE CASTRO (425) QUEDEA (426), CARRILLO CUBERO (427), aceptasen literalmente tales afirmaciones.

La aptitud oportunista, defendida en Cataluña por FALGAR (428) está basada en el peligro de romper las adherencias que localizan el proceso y en el mal estado del enfermo que frecuentemente no soportaría la intervención. RUSCA (429), al igual que TARRUELLA (430), TORRENTS (431), CARBO (432), RIBAS (433) y RAVENTOS (434), por aquellas fechas secundan tal actitud. Sólo PUJOL-BRULL (435) acepta fielmente la radicalidad de DIEULAFOY.

Esta discrepancia de criterios, más ruidosa que efectiva, tuvo años más tarde en la Real Academia de Medicina de Madrid su expresión, en los siguientes términos: RIBERA tiene por norma general recurrir a la cirugía, salvo que exista contraindicación o que se trate de una apendicitis simple. Si exceptuamos a HUERTA, ESPINA y MARIANI, que tienen una actitud abstencionista, la mayor parte de los académicos que intervinieron en el debate, JIMENEZ, GUTIERREZ, ALONSO SAÑUDO, COTEJARENA, HERGUETA y -

CORTEZO, con pequeñas variaciones, aceptan la tesis de RIBERA, y por tanto hay que encuadrarlos en el grupo de los oportunistas (436).

En esta sesión tomó parte SAN MARTIN, para defender dogmáticamente, como años antes lo había hecho BRAVO, un concepto transcendental y permanente, que tanto contribuyó al progreso de la cirugía, como fue el — que la apendicitis carece de tratamiento médico racional y que, por tanto, hay que considerarla con afección quirúrgica; y para que no quedase lugar a duda sobre la urgencia con que hay que intervenir en los casos agudos, se señala que el criterio que hoy se tiene para la estrangulación herniaria, — es el que hay que aplicar. Su posición sólo fue acompañada por la norma expresada por CODINA, de que desde el punto de vista práctico hay que aceptar la intervención urgente.

Aunque sólo excepcionalmente, las posturas dogmáticas son buenas en Medicina; poco a poco, el criterio del internista DIEULAFOY se va — convirtiendo en dogma, con lo que la oposición a la intervención con carácter de urgencia, va disminuyendo.

CARDENAL y RAVENTOS son defensores de la operación urgente. Este último, convencido por la dolorosa pérdida de un hijo al que una intervención tardía no pudo salvar y que meses más tarde, aplicada precozmente, salvaría a su hija de 5 años (437).

IV - Significado de la cirugía intestinal en nuestro país.

La afirmación de que en nuestro país la cirugía intestinal de la época preantiséptica es similar a la realizada durante el siglo XVIII, no es gratuita. En las páginas precedentes, vimos que el ano preternatural, la herniotomía, llenaban el saber médico del periodo más negativo — que ha vivido nuestra historia médica y que se hizo sentir en la cirugía, a pesar de ser en aquel entonces, casi exclusivamente pragmática. En realidad, hasta que la laparotomía permite abrir el abdomen y buscar la lesión, no nace la cirugía intestinal en España con base científica. Ello — no tiene lugar hasta que tal actitud es aceptada en el Congreso Médico de Barcelona de 1888, pues la actuación quirúrgica sobre el intestino se realizaba en casos excepcionales y en la forma que lo hacían los cirujanos — preantisépticos. El examen de la estadística que publica en 1857 SANCHEZ TOCA (438), de los partes mensuales que los profesores de cirugía del Hospital Provincial elevan al director y recoge El Siglo Médico y el resumen de MORENO Y POZO en el que figuran las operaciones practicadas en el curso 1872-1873 (439), se convierten casi en pruebas indiscutibles de las — afirmaciones anteriores. La aparición en nuestro país de la cirugía gástrica, familiarizó a nuestros cirujanos con la sutura intestinal, hasta — el punto de ser generalmente preferida a otros métodos de anastómosis. Admitir este hecho, equivale a aceptar que esta época, la cirugía intestinal es ya una realidad; por ello en 1897, GUTIERREZ señala que siempre se debe reseca el trozo de intestino en que asienta la fístula o la perforación, pues el fracaso de la sutura que practicó en seis casos, desde 1885, se lo aconseja (440).

La parquedad de publicaciones sobre cirugía intestinal y de comunicaciones sobre este tema a los Congresos de Cirugía nacionales de 1898 y 1908, es explicable si tenemos en cuenta que el cáncer gástrico y la estenosis pilórica ocupan la atención de los cirujanos, al convertirse la — gastrectomía y gastroenteroanastómosis en el símbolo del progreso. Esta es casa publicidad en cirugía intestinal, en parte se debe a que ya no se consideraba nueva, y en parte está perfectamente explicada en la justifica—ción que da RIBERA para la publicación de su estadística en 1893: "Realmen—te, que si se pasa revista uno por uno a los hechos observados y a las ope—raciones practicadas, no se encontrará ninguno excepcional, pero entiendo que no estamos tan sobrados de publicidad en España, que se pueda ya pres—cindir de la exposición de los casos corrientes de la cirugía, a aguardar a hacerlo tan sólo cuando de casos excepcionales se trate. Lo que yo en—tiendo que es de lamentar, es que no todos juzguen de esta manera la cosa, porque realmente falta publicar, y publicar muchos hechos que es innegable nos sobran, porque es triste que ni en estadísticas, ni en nada, figuremos los españoles, cuando figuran otros países que juzgo no nos aventajan: sir—va esta aclaración de disculpa mfa, y disculpe el que no pudiendo referir casos excepcionales, me limite a exponer algo del a b c de la cirugía"(441).

Estamos en la época en que ya nadie pone en tela de juicio la necesidad de la cirugía intestinal ante una lesión traumática, pues si PE—REZ NOGUERA publica en 1898 diez casos vistos por él, durante la campaña — de Cuba, en los que usó la cura antiséptica, se exculpa en los siguientes términos: "no quiere decir esto que rechazemos la intervención operatoria cuando pueda realizarse con probabilidades de feliz resultado; antes por — el contrario, la aceptamos y defendemos en todos los casos, aunque sólo — sea para diagnosticar con precisa exactitud, si existe o no lesión de las vísceras. Pero mientras no se refman todas las condiciones de local, mate—

rial y personal, que son necesarias para satisfacer o dar cumplimiento a - los preceptos más elementales de la asepsia quirúrgica; mientras a solas - con nuestra conciencia no podamos afirmar rotundamente que el proceder a - la laparotomía no determinamos o favorecemos, por lo menos, el desarrollo de una septicemia, necesariamente funesta, creemos más científico, más honrado y más humanitario, reducirnos a la cura antiséptica simple" (422).

En suma, ya es una realidad la afirmación que VOLF hacia en - 1886, de que la resección intestinal no es un derecho, sino un deber del - cirujano.

Lo familiarizados que al final de este periodo están nuestros cirujanos con la cirugía intestinal, es a la conclusión que se llega al - leer el caso que publica GOYANES, en 1906, en que practicó en el mismo enfermo la sutura de la perforación del recto, una enteroanastomosis lateral y una enteroplastia a lo HEINECKE-MICKULICZ (443).

Si las resecciones intestinales para tratar el ano preternatural, o una lesión traumática, o una gangrena intestinal, son posibles, la cirugía del cáncer intestinal es prácticamente desconocida, pues si bien - se han establecido los procedimientos de resección por cáncer, los enfermos, como reiteradamente señala RIBERA, llegan tan tarde que la única intervención posible es el ano ilfaco. En resumen, usando sus palabras: "la excisión de grandes porciones de intestino entran en la práctica de la cirugía contemporánea; el tratamiento de las oclusiones intestinales, se eminentemente quirúrgico. No puede decirse lo mismo, por el mal resultado que han dado, de los tumores malignos del intestino, pues si bien hay algunas observaciones de cequiectomía (extirpación del ciego) con éxito, hay que - advertir que son muy raras (444).

Es probable que el caso de CARRILLO CUBERO (445) sea el primero en que se realiza una resección intestinal, con conciencia de extirpar un tumor. Es pues la cirugía del cáncer de colon de otro periodo, en la que se distinguieron OLIVARES, MARTIN LAGOS, PUIG SUREDA. El segundo de los autores, en 1947 señala: "En España, con raras excepciones, no se les ha prestado (cáncer de colon) una mayor atención, como lo prueba el que en la literatura examinada, desde 1900 hasta la fecha, tan solo hayamos encontrado catorce artículos que sólo se refieren a casos sueltos sin hallar ningún trabajo de conjunto, y porque tal vez por ello como demuestran las modestas estadísticas que hemos podido recoger, todavía estamos en aquella fase de 1931, en que el americano JONES se quejaba de que no sólo los médicos, sino la mayor parte de los cirujanos, no tienen fe ni seguridad en los resultados de la cirugía" (446).

En cuanto a la obstrucción intestinal, en esta época comienza a aplicarse un tratamiento racional, ya que como en 1894 expresa RIBERA: "Una de las indicaciones más claras, a mi entender, de la laparotomía, es la oclusión intestinal, tan necesaria y tan perfectamente indicada, como lo es la quelotomía en la estrangulación de la hernia, y así como en ésta hay que intervenir apenas se vea que la taxis no da resultado, creo que en la oclusión se impone la laparotomía como único recurso tan pronto como se vea que los medios llamados médicos son inútiles. El retardo en intervenir es sin duda la causa de los fracasos de la laparotomía en estos casos, pero no por la laparotomía, sino por la misma razón que la quelotomía es grave, cuando la estrangulación data de algún tiempo" (447).

Pocos años más tarde, en 1908, un cirujano de la época expresa a la perfección la evolución del tratamiento quirúrgico de la obstrucción: "Las intervenciones quirúrgicas para combatir la oclusión intesti-

nal protopática, en tiempos pasados se conceptuaban inútiles, porque casi siempre terminaban por la muerte, y los médicos la rechazaban y los cirujanos rehusan el operar, temerosos del descrédito en la práctica particular. En los hospitales continuaban interviniendo, pero en la inmensa mayoría de casos sólo alcanzaban éxitos limitados temporales y paliativos. - En el día todavía persiste en la clase médica la opinión pesimista: hace pocos días me decía un antiguo médico-cirujano de un Hospital Provincial: "no he visto curarse ningún enfermo de oclusión intestinal operado".

Sin embargo, hay que reconocer que en los tiempos actuales el progreso, la oportuna intervención y la perfección de la técnica operatoria, ha proporcionado éxitos completos definitivos, que estimula, que anima y que autorizan a continuar las intervenciones para luchar con tan terrible enfermedad.

Ahora conviene al crédito profesional evidenciar los éxitos - para que el público no rechace la intervención y para que los médicos se desprendan de los enfermos en tiempo oportuno" (448).

Otra intervención relacionada con la cirugía intestinal, es - la quelotomía, practicada desde antiguo y en la que los cirujanos españoles, que habían hecho aportaciones universales, verán en este periodo cómo alcanza cotas de seguridad y que "en medio de su gravedad da un rayo - de luz al sombrío pronóstico" que tenía la hernia estrangulada en 1887(449).

Esta actitud es unánime, y sin afán de recopilar de forma completa las publicaciones que atestiguan la necesidad de la quelotomía precoz y sólo a título de ejemplo, recordemos las conferencias de ESQUERDO - en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña en 1890, so-

bre las complicaciones de las hernias y su tratamiento (450), las publicaciones de JUAN BRAVO de 1890 (451), y las sesiones de la Academia Médico-Quirúrgica Española en 1892 (452). Por eso no extraña que pocos años después, uno de los cirujanos de la época con más experiencia en el tratamiento de las hernias, diga en 1905: "La operación curativa de la hernia no estrangulada se hace de un modo corriente por todos los cirujanos en nuestro país (...), nuestra práctica en España es, por lo menos, tan buena como la de los cirujanos de otros países" (453).

Llegamos así al siglo XX, y va a aparecer un hecho de carácter general que afecta a la cirugía intestinal. Sabido es que el médico — que anteriormente practicaba intervenciones quirúrgicas, de las que no se excluía el intestino, casi siempre actuaba por lesión traumática o por hernia estrangulada. Esta actitud va a perderse poco a poco, ya que la intervención adquiere complejidad y para realizarla hacen falta conocimientos y destreza.

Surge asimismo, como consecuencia de los avances quirúrgicos, el concepto de urgencia o imperiosa necesidad de aplicar una operación — que no admite demora. CERVERA, en 1904, lo expresa en los siguientes términos: "La urgencia quirúrgica de antaño reducíase a la traqueotomía, alguna que otra extracción de cuerpos extraños del esófago, tal cual otra — fractura o luxación, el cateterismo vesical, herniotomías y ligaduras arteriales. La de hogaño va más allá; no permite, consiente ni tolera la inacción (...). Pide y pide sin admitir convencionalismos ni tolerancias malsanas, que se resuelvan rápida y urgentemente todos aquellos conflictos con la rapidez y urgencia requeridas por las situaciones angustiosas que crean; más angustiosas cuanto que la hora, el minuto, el segundo que

se tarde en la aplicación del remedio, es vida que se va, que se pierde, - que no vuelve; vida a cargo del que no batalló por temor, cobardía, ignorancia o indolencia" (454).

Estamos en una época, repitámoslo una vez más, en que el cirujano precisa una enorme habilidad manual, ya que en la intervención ha de realizar la contradicción de operar deprisa pero despacio. Rapidez acompañada de seguridad para la exéresis. Lentitud para la perfección reconstructiva indispensable en la cirugía intestinal. Por eso el genio quirúrgico - de DOYEN decía que: "el porvenir, en cirugía, es de los más hábiles"(455).

Entramos pues en un periodo de madurez, evidenciado por la - - autocritica severa de los resultados operatorios, "porque un error conocido y confesado, vale tanto como una verdad demostrada". Madurez que les impidió convertirse en esclavos de la rutina al aceptar o crear modificaciones técnicas producidas por los nuevos adelantos en los conocimientos fisiopatológicos. Madurez que les llevó a la ejecución de las técnicas de - forma rutinariamente perfecta, pues tenían el convencimiento de que "la - perfección no es más que una suma de pequeños detalles, pero la perfección ya no es un pequeño detalle".

En esta época surgen las innovaciones técnicas a la cirugía intestinal, lo que supone conocer profundamente la teoría y la técnica de lo que se quiere perfeccionar, pues es el conocimiento de esas deficiencias - la base de la reforma.

Desde el punto de vista de la cirugía intestinal, son especialmente dignos de recuerdo:

RUBIO, por ser el primero en practicar la resección intestinal con éxito.

RIBERA, ESQUERDO y GOYANES, por aportar modificaciones más o menos afortunadas a las técnicas quirúrgicas relacionadas con este tipo de cirugía.

JUAN BRAVO, por ser el primer cirujano que propugna un tratamiento quirúrgico urgente para la apendicitis aguda.

SAN MARTIN que si en la cirugía gástrica tuvo una contribución anodina, - en la cirugía intestinal importó, divulgó y perfeccionó. Su mayor aportación fue su postura dogmática en el tratamiento quirúrgico urgente de la apendicitis si bien en nuestro país, hasta la generación siguiente, y merced a los esfuerzos de URRUTIA, LEON CARDENAL, RIBAS, BARTRINA, CORACHAN, DOMENECH ALSINA, GALLART, MADINAVEITIA, este criterio no se convirtió en verdad adquirida y como tal, aceptada unánimemente.

201

CAPITULO V

CIRUGIA ANO-RECTAL

Vamos a componer este capítulo sobre la historia del tratamiento quirúrgico de las afecciones de esta región a través del examen de aquellos aspectos de la patología en los que nuestros cirujanos hicieron aportaciones más o menos perdurables, ya como soluciones a enfermedades conocidas, ya aplicadas a otras de conocimiento reciente; a la originalidad habrá que añadir el mérito de divulgar. En otros términos: el estudio queda reducido al análisis del tratamiento quirúrgico de la fístula perianal, a la estrechez rectal y al cáncer rectal.

Considerando que pocas regiones presentan una patología y morfología tan rica y variada como la región ano-rectal, y por tanto para no caer desde el punto de vista histórico en el error frecuente del médico de creer que la patología proctológica se reduce prácticamente a esas afecciones, vamos a hacer una reseña de las principales lesiones anorectales y su tratamiento, pero sin seguir un orden cronológico, ni basarnos en criterios anatomopatológicos ni clínicos. Esta decisión necesita y merece una aclaración.

Si bien en 1900 la proctología ya ha nacido, pues en esa fecha existe ya la American Proctology Society, nuestros cirujanos no tienen conciencia de tal necesidad, si aceptamos lo que entonces escribe MARTIN GIL: "Sin que por nadie se crea que deba constituir una especialidad el conocimiento acabado de las enfermedades del recto, como algunos han pretendido, es lo cierto que su patología es muy extensa, y que los tratamientos son muy determinados y no bastante conocidos" (456).

Por tanto, es imposible hacer un estudio en profundidad del — resto de las afecciones, dado el poco número de publicaciones de las mismas, y por supuesto no existe aun la conciencia de que esta región tiene entidad propia para enfermar.

La anatomía del recto, tal como hoy la conocemos, no aparece — hasta 1934, cuando MILLIGAN y NAUTON MORGAN, cirujanos del hospital St Marks de Londres, establecen que el conducto anal no es un concepto arbitrario — sino una realidad anatomopatológica y clínica, en la que tampoco podemos basarnos ya que no es lícito hacer una historia de una época con criterios de otra.

Hechas estas salvedades, pasamos a examinar las lesiones más — frecuentes:

a) HERIDAS Y CUERPOS EXTRAÑOS EN EL RECTO.

Las primeras eran tratadas por los métodos antisépticos, sin — requerir una técnica especial y sin que desconociesen la gravedad de las — mismas al perforarse el recto, ya en la cavidad abdominal o en los espacios perirrectales. En nuestro país, la experiencia de nuestros cirujanos se ve incrementada por la frecuente lesión de esta región en las heridas — por asta de toro.

Los segundos, de los que hay una casuística tan variada como — pintoresca, desde el punto de vista histórico carecen de interés.

b) ANOMALIAS Y DEFORMIDADES ANO-RECTALES.

Del tratamiento de ellas se ocupa ARGUMOSA en su Resumen de Cirugía al hablar de la syringorrafia: "Sin ano se presentan algunos recién-nacidos, y lo que es peor, con el extremo del recto a bastante altura. Urge dar salida al meconio pero al salvar este peligro, creamos las más veces otro no menos grave. Por las superficies cruentas que el bisturí recorre, se absorbe y se infiltra el meconio mientras no se inflaman; y tanto lo uno como lo otro comprometen la vida.

Si el extremo inferior del intestino recto, comparable en estos casos a la apéndice del ciego, está cerca de la piel, lo conocemos al tacto, sobre todo en los momentos en que le distiende los conatos de defecación. En tal caso, es seguro un resultado feliz, con la punción por de pronto o mejor la incisión desde luego, para dar las mejores condiciones anatómicas al ano.

Cuando el extremo cerrado del recto se quedó a grande altura, - no ya a una o dos líneas como en el caso anterior, sino a 3, 6, 9 y más, - tiene que intervenir el bisturí hasta descubrirle; el dedo para aislarle; las pinzas para hacerle descender antes de abrirle, y los puntos de sutura entrecortada después de abierto para evitar infiltraciones y absorciones, - y para organizar un ano. Estos puntos de sutura, en número de dos o tres - en cada lado, no bastarán siempre para evitar el contacto y la infiltración consiguiente de excrementos, y para evitarlo, es preciso mantener parches de cerato bien ceñidos a derecha e izquierda hasta que se desarrolle la inflamación" (457).

A lo largo de este periodo no hay cambios sustanciales en el tratamiento, y así lo reconoce de forma tajante, en 1908, RIBERA: "Realmente poco se puede añadir a la descripción dada por Argumosa en 1856, y esto es lo lamentable: que en este asunto, como en tantos otros, se desconozca por la inmensa mayoría de los médicos españoles lo dicho por el primer cirujano español del siglo XIX, y es de temer, dada la ineficacia de la campaña que he emprendido hace tiempo para hacer popular entre la clase médica española el nombre de Argumosa, que sigamos siendo tan ignorantes en este punto como hemos sido antes de ahora, y no por la clase médica rural, - sino por los que de sabios presumen" (458).

Palabras que adquieren mayor significado al proceder del cirujano más docto en su época en esta patología. No sólo cuenta con una elevada estadística, sino que basándose en ella crea una clasificación de las anomalías de conformación del ano y recto. Es mérito suyo para las imperforaciones simples de la ampolla rectal el introducir el concepto de urgencia, "entrando en la categoría de las operaciones de urgencia que todo médico debe saber, colocándola al nivel de la traqueotomía, quelotomía, etc." (459), a la par que la defensa de la implantación de la ampolla rectal en el sitio en que normalmente se encuentra el ano, frente a la actitud paliativa del ano ilíaco: "Si la formación de un ano perineal es algo más complicada que formación de un ano ilíaco, no lo es tanto que se pueda considerar como operación difícil y larga; más tiempo se tarda en describirla - que en practicarla, y por lo tanto, ni su complejidad ni su duración autorizan a que se la deseche ni se de preferencia al ano ilíaco en todos aquellos casos en los cuales el cirujano pueda optar libremente por una u otra operación; y así planteado el problema, serán muy pocas las circunstancias que nos obliguen a recurrir al ano ilíaco" (460).

En 1909, un discípulo de RIBERA, ARQUELLADA, llevará este tema a la Sociedad Ginecológica Española donde afirma que debe darse publicidad a la estadística española "para probar que también en España se trabaja y se tiene bastante cultura científica" (461).

La actuación de RIBERA en este campo, presta un punto más de apoyo a su gigantesca figura, y autoriza a considerarlo como el iniciador de la cirugía infantil como especialidad. Asombra más su obra, si consideramos que el capítulo de las malformaciones anorrectales no se ha cerrado, a pesar de las investigaciones de DENIS BROWN en 1955.

c) PATOLOGIA HEMORROIDAL.

Las hemorroides, consideradas como dilataciones anormales de las venas del ano, no entran en el campo de la cirugía hasta el siglo XIX, ya que hasta entonces prevaleció el concepto hipocrático de considerarlas como un emuntorio de la atrabilis y, por tanto, eran respetadas.

Infinitos fueron los métodos usados en su tratamiento, desde entonces hasta nuestros días. Los caústicos, los ácidos, las inyecciones en su interior de ácido fénico, la cauterización punteada, la dilatación del esfínter, la electrolisis, etc. pronto mostraron su ineficacia y perdieron la atención del cirujano que la desvió hacia otros métodos más efectivos. Aparecen así los procedimientos de magullamiento, como el propuesto en 1880 por GORGE-POLLOCK, para el que ALLINGHAM, inventa un clamp o cepo. Parecido es el método de SMITH, que fundado en el mismo principio se vale de un clamp especial por él diseñado, y gracias a él se puede cumplir entonces de modo seguro, porque esta pinza sirve de límite a la cauterización.

La escisión, operación practicada frecuentemente en la primera mitad del siglo, alcanza su plenitud cuando en 1882 WALTER WHITEHEAD, de Manchester, la dota de una reglamentación más acorde con la cirugía moderna. Los sucesivos perfeccionamientos de los años siguientes la convierten en la técnica que hoy conocemos, es decir, escisión completa de la mucosa anal y de la piel, que comprende también a las venas dilatadas y va seguida de la sutura circunferencial de la mucosa a la piel. Este método, sólo en fecha muy reciente fue abandonado.

La ligadura de las hemorroides y extirpación de los paquetes - con disección cutáneo-mucosa, fue ideada en las postrimerías del XIX por el cirujano inglés SALMON, difundida por ALLINGHAM, y codificada por MILLIGAN y NAUTON MORGAN.

Sin proscribir la técnica clásica de la sección sobre una pinza y ligadura inmediata, la técnica de MILLIGAN-MORGAN, aún convencidos de que las verdades de hoy constituyen los errores del mañana, nos atrevemos a afirmar que es el fin de la búsqueda de un método perfecto.

FEDERICO RUBIO es el primer cirujano que importa de Inglaterra el tratamiento quirúrgico de las hemorroides. "Baños de asiento, algún laxante y untarles la parte dolorida con belladona y ungüento populeon, cosas de visible utilidad.

Tal ha sido la práctica corriente en España y tal sigue siendo hoy (...). Mientras que para los franceses y para nosotros las hemorroides eran miradas como una especie de noli me tangere, los ingleses las trataban sin ninguna consideración" (462). Esto escribe en 1881, en El Siglo Mé

dico, donde da cuenta de la técnica y de su experiencia: "Así las cosas, - vino a recibir la sanción del mayor número de prácticos, el siguiente tratamiento que yo ví ejecutar repetidísimas veces, en todos los hospitales - de Londres, y que aún hoy mismo es el que se usa allí exclusivamente. Se - abarca el paquete hemorroidal total o parcialmente, con un cepo a modo de clamp, cuyas tenazas están revestidas por la cara inferior con lámina de - marfil o de madera. Con tijeras fuertes se cortan las hemorroides estranguladas, sobre la cara superior del cepo, y acto continuo se cauteriza sobre el mismo la superficie de sección. Obrando de este modo, pocas veces sobre viene la temible flebitis, que así como la hemorragia, quedan salvadas" - (463).

RUBIO es el introductor también del tratamiento esclerosante, - que hoy día conserva valor, aunque se aplica con discernimiento. El líquido por él inyectado era la glicerina fenicada, con la que "llevo curadas - sin graves molestias y hasta ahora sin ningún peligro" (464).

A partir de este momento, ya aparecen las hemorroides en las - estadísticas quirúrgicas, como en la del tercer ejercicio del Instituto de Terapéutica Operatoria de 1883 (465), en la de RIBERA de 1893 (466), en la de PINOS y TERRER en 1894 (467), etc., en porcentaje mayor o menor.

Sin poderlo afirmar de forma categórica, el procedimiento de - WHITEHEAD fue el seguido por nuestros cirujanos, aunque no faltaron entusiasmas del método de VERCESCO y POTARCA, como se deriva de las publicaciones de RIBA (468) y BALTAR CORTES (469).

d) PROLAPSO RECTAL.

Es una enfermedad rara, que hasta un ayer muy próximo no contaba con procedimientos que tuviesen posibilidades de éxito. La multitud de técnicas propuestas, que sobrepasan de las ciento cincuenta según la recopilación que en 1963 hizo TITARENCO, fue la causa de la desorientación que sufrió esta cirugía, hasta los fundamentales trabajos de LAHAUT en 1956 y LOYGUE y CERBONNET en 1957.

El primer caso recogido por nosotros, está publicado en 1838 - (470). Publicaron casos, RIBERA (471), BALTAR CORTES (472) y MARTIN GIL, - el cual hace publicaciones sobre el tema en 1907 y 1911 (473) (474).

e) FISURA DE ANO.

Es la afección de esta región más familiar a nuestros cirujanos, ya que rara es la estadística de la época que no cuenta con un número mayor o menor.

Dos son los procedimientos que con buen resultado se emplearon desde el principio. Uno, ideado por BOYER, consistía en dividir el esfínter, y el otro, inventado por RECAMIER, se basa en la dilatación forzada.

En España se siguió fundamentalmente el segundo método, del — que RUBIO afirma: "considero que es el único procedimiento quirúrgico que

debe subsistir, y que la cauterización y la incisión deben quedar relegadas para alguno que otro caso raro y excepcional" (475).

GUTIERREZ nos dice que RUBIO modificó la dilatación forzada, — ideada por RECAMIER, de la siguiente forma: "En vez de los pulgares, introdujo los índices y medios en contacto las caras palmares con los dos isquiones y tomando punto de apoyo por su cara dorsal en la extremidad superior de las segundas falanges; desarrollando de este modo mayor fuerza, — terminó la operación de dilatación completa que confirmaba la procedencia de la mucosa rectal" (476).

Original de PINOS Y FERRER es la dilatación forzada para el — tratamiento de la sutura anal mediante "una fuerte pinza clamp, cuyas aristas son completamente redondeadas; sus ramas penetran cerradas en el recto donde se las abre en el grado conveniente y mantiene fijas por medio de — una cremallera. En esta disposición son extraídas rápidamente y la dilatación queda hecha instantáneamente"(477). Este método fue dado a conocer — por sus autores en 1892.

Actualmente la gran dilatación del esfínter está abandonada y fue sustituida por la dilatación anal moderna, que al igual que en el siglo XIX, compite con la esfinterotomía simple. Los resultados de esta intervención cumplen las prometedoras palabras de su creador, BOYER: "Todos los enfermos en quienes he practicado esta operación han curado radical y completamente" (478), y las de ESQUERDO, que en 1896 toma partido por la — incisión.

APORTACIONES ORIGINALES A LA CIRUGIA ANO-RECTAL

Con fines expositivos, haremos un triple apartado:

- I - Métodos originales de tratamiento de la fistula perianal.
- II - Métodos originales de tratamiento de la estrechez rectal.
- III - Métodos originales del tratamiento del carcinoma rectal.

I - METODOS ORIGINALES DE TRATAMIENTO DE LA FISTULA PERIANAL.

Constituye una afección frecuentísima, de la que se tiene conocimiento desde la Antigüedad y sobre la que se ensayaron innumerables recursos, porque el tratamiento quirúrgico solía ser la antesala de una nueva intervención ante la invariable recidiva. Ello fue así hasta tiempos recientes, en que una minuciosa preparación preoperatoria, la práctica de una técnica correcta y unos cuidados postoperatorios precisos, han conseguido, con las técnicas nacidas a finales del XIX, la curación definitiva.

Los procedimientos preconizados, como ungüentos, pomadas e inyecciones aplicadas al trayecto fistuloso, los cáusticos y la compresión, pronto dejaron paso a las técnicas que se basan en la incisión, la excisión o ligadura del puente membranoso. Hoy día, si la fistula es extraesfinteriana, para obviar los peligros que supone la sección máxima del esfínter el procedimiento usado es el de la ligadura elástica moderada, y sólo en los casos en que la fistula es intraesfinteriana se recurre a la sección del trayecto fistuloso. Se impuso, pues, la sencillez, dándole la razón a RUBIO, que en 1880 escribía: "es un devanadero de sesos eterno en los cirujanos de todas las épocas, para inventar ya bisturís reales, ya si ringotomos, gorgueretes, sondas y otros mil recursos (...). Todo esto complica el asunto, convierte en difícil lo fácil, en inseguro lo cierto, en prolijo lo expedito, en peligroso lo exento de peligro, y en último término, en perjuicios para los pacientes" (479).

a) Métodos originales basados en los procedimientos de incisión.

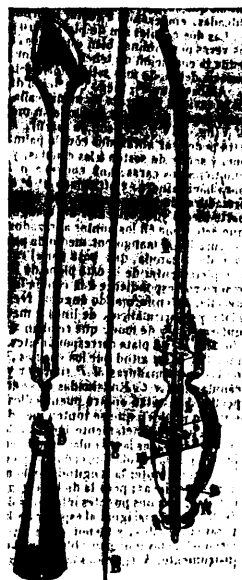
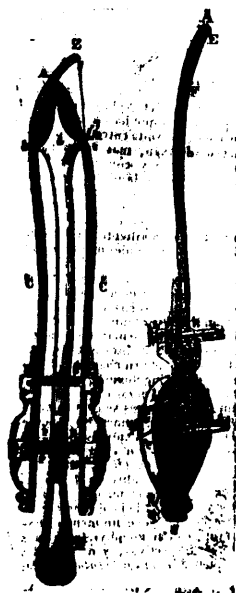
En España, generalmente, se practicaba la operación de la fistula por el método de incisión que para muchos autores era el único ideal, como para RUBIO que, "tratar estos afectos con ligaduras, inyecciones y — otros medios de ingenio que conoceis, recomendados, constituye una mala — práctica. Son inseguros, largos, algunos sumamente dolorosos, y entrañan — más peligros generalmente que la operación por bisturí. Si responden los — resultados que aquí obtengamos con los que recuerdo de mi práctica anterior, formareis juicio de que la operación es de las más inofensivas"(480).

Es lógico, por tanto, que nuestros cirujanos apliquen su ingenio precisamente a mejorar este método, por lo que las aportaciones originales son mayores en número a esta técnica que a la de la ligadura o de la escisión.

1. Método de FOURQUET.

Desde los tiempos de DESAULT, se venía practicando la incisión del puente membranoso, que se extiende entre la fistula y la pared del recto. Para realizarla se le ocurrió en 1831 a JUAN FOURQUET Y MUÑOZ crear un instrumento que denominó GUEPHYRATOMO, que no es más que una de las numerosas modificaciones del bisturí que en forma de hoz inventara CALENO para — hacer esta operación.

En esencia, el guephyratomo se compone de dos cánulas, una para el recto y la otra para la fistula, una hoja de bisturí que denomina —



GUEPHYRATOMO DE J. FOURQUET

cortante y un estilete que sirve de gufa y "su uso es precisa y únicamente cortar el puente o tabique que media entre la cavidad del intestino recto y de la fistula" (481).

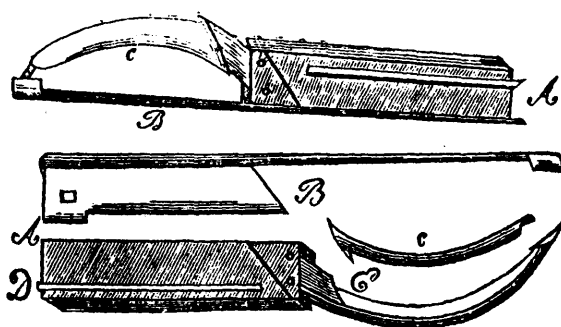
Recibió esta denominación, en razón a que la voz griega "gephyra, el puente, y tomo, yo corto, es más breve que la más precisa de guephy rastemnoon, que significa cortador del puente".

La descripción del guephyratomo, y del modo de operar con él, - tal como figura en la memoria que FOURQUET publica en el Boletín de Medicina Cirugía y Farmacia, en 1835, no creemos oportuno transcribirla, tanto - por lo tedioso que resultaría su lectura como por no ser precisa en este - estudio.

Fué usado por él y por CASTELLO Y TAGEL, DIONISIO SOLIS, CORRAL OÑA, ASUERO Y CORTAZAR, OLEA, etc., pero los deseos de su creador de proporcionar "algún beneficio a la humanidad doliente", no se cumplieron".

2. Método de ARGUMOSA.

A los sirringotomos con que se practicaba en el intestino recto una incisión como tratamiento de las fistulas recto-cutáneas, les encontraba ARGUMOSA que con frecuencia la incisión era incompleta o se realizaba a costa de someter los tejidos a violentas distensiones, por lo que, según - sus palabras: "Esto me hizo entrar descontento de tal modo en la práctica del Arte, y me obligó a inventar (antes del año 32 en que se empleó ya en la clínica) mi sirringotomo con guarda-filos para la incisión rápida, completa y segura de las fistulas recto-cutáneas" (482).



SIRINGOTOMO CON GUARDA-FILO DE ARGUMOSA

Según APARICIO SIMON (483), la presentación del siringotomo tuvo lugar durante el curso académico de 1830-1831, aunque el primer caso — operado fue "el día 13 de octubre del año 32, en que hice así la siringotomía en la clínica escolar" (484).

El siringotomo con guarda-filo consta de tres piezas. Una, el — siringotomo propiamente dicho, que está formado por un bisturí cóncavo y — estrecho, con un mango de metal compuesto de dos cachas. Otra pieza, es el guarda-filo, que termina en un canal donde va a encajarse la punta del siringotomo. La tercera pieza es un caballete, que es una semivaina. Para — nuestro fin, la brevedad con que MENDEZ ALVARO describe la forma de usarlo en la anotación a la segunda edición del Tratado de Patología Externa y Medicina Operatoria, de VIDAL DE CASIS, nos hace preferirla a la del propio ARGUMOSA en su resumen.

"Para usar este instrumento se pone el caballete al siringotomo, y se introduce así por el orificio fistuloso, bien sin gafa alguna, — bien deslizándose por la ranura de la sonda acanalada, hasta penetrar en — el intestino recto. Hecho esto, se introduce la extremidad anterior del — guarda-filo por el ano, y se mete y aprieta hacia adelante su chapa cuadrilátera por la extremidad posterior del mango del siringotomo, hasta que se siente que el resorte suena, en cuyo caso todas las piezas están convertidas en una sola. Entonces se comprime la nariz E, y se quita así el caballete; y tirando del instrumento, o dándole un movimiento de sierra, se verifica la sección del puente fistuloso" (485).

3. Método de LOSADA SOMOZA.

Este método, del que sólo tenemos referencia por una breve reseña que le dedica MARTIN GIL, en un artículo publicado en 1901, sobre la cirugía del recto, consiste en practicar la intervención valiéndose de un instrumento compuesto de dos cánulas, una para el ano y otra para la fistula — que oculta una cuchilla, que un resorte hace salir a manera de dardo para — cortar el puente de la fistula (486).

4. Método de SANTOS GUERRA.

Incluso en la época de auge del siríngotomo, había autores que preferían realizar la sección del puente guiados por una sonda acanalada. — Esta técnica, con mayores o menores innovaciones, fue la seguida por los — partidarios de la incisión.

Así, el procedimiento de este autor no emplea más instrumental que la sonda común, la acanalada, que presenta la particularidad de no tener tope en su remate, y de un bisturí convexo para el corte.

En esencia la técnica consiste en atraer el puente fistuloso — con la sonda común, momento en que sirve de guía a la acanalada, que una — vez introducida lo hará para el bisturí (487).

5. Método de SINEMAPRIA DE SAGARRA.

Su autor, VICENTE SAGARRA Y LASCURAIN, denominó así a un procedimiento de diéresis hemostática para la división de las partes blandas, - pues tal denominación significa serrar con hilo.

Su técnica, publicada en La Medicina Castellana, de Valladolid en 1887, fue presentada al Congreso Hispano Portugués de Madrid, mereciendo el calificativo de innecesaria por cirujanos tan importantes como RIBEIRA, ESQUERDO y CERVERA.

Con amplias aplicaciones, su autor la usa también en el tratamiento de la fístula. El método se basa en la sección de los tejidos mediante un cruz de Florencia, al que se le da un movimiento de sierra. Aunque no es indispensable, su creador ideó un trócar para facilitar la técnica, que tenía veinte centímetros de longitud y por un extremo era agudo y por otro punzante (488).

6. Otros métodos.

En este apartado, y con el fin de no hacer una descripción fastidiosa del tema, incluímos la simple enumeración de otros métodos, como - el de MIGUEL PEREZ (489), el de ULIBARRI (490) o el de RUBIO (491), del - que no tenemos seguridad absoluta sea original de él y que tiene de personal que la sección se guía sobre el tacto rectal y que sobre la superficie se aplica el termocauterio.

b) Métodos originales basados en los procedimientos de excisión.

Hasta la época moderna, y a condición de que sea una fístula - intraesfinteriana, esta técnica se usó poco, debido a la pérdida de sustancia que era causa de supuraciones muy largas.

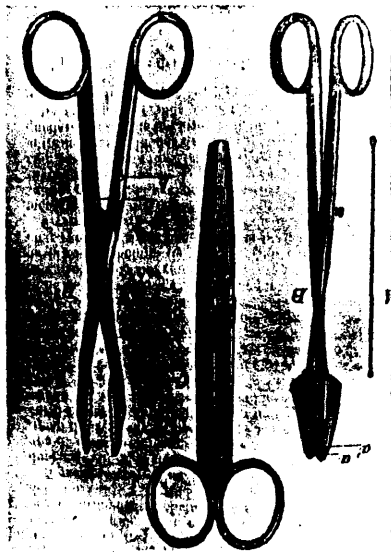
Sus ejecución exige una mano diestra, y con la idea de facilitar las maniobras ideó LETAMENDI su procedimiento que fue dado a conocer - por CARDENAL en La Independencia Médica, en 1877. El método precisa de una pinza de su invención, que presenta la particularidad de que sus ramas terminan de forma triangular, que tiene en su vértice un orificio y que servirá para delimitar los límites de la sección, cuando se cierra sobre el - - puente membranoso exteriorizado por un estilete flexible.

No merece detenerse en estudiar más particularidades técnicas, en un procedimiento tan falto de base anatómica (492).

c) Métodos originales basados en los procedimientos de ligadura.

El temor al dolor y a la hemorragia sugirió en la mente del médico la idea de usar la ligadura sola o empapada en una solución caústica concentrada, como medio de tratamiento de las fístulas perianales. Se usaron hilos de lino, cáñamo, seda, cerda.

Una vez colocado el hilo, se apretaba todos los días hasta que cortaba el trayecto. Posteriormente, se ensayaron los hilos metálicos y en



INSTRUMENTAL CREADO POR LETAMENTI PARA
SU PROCEDIMIENTO DE EXCISION

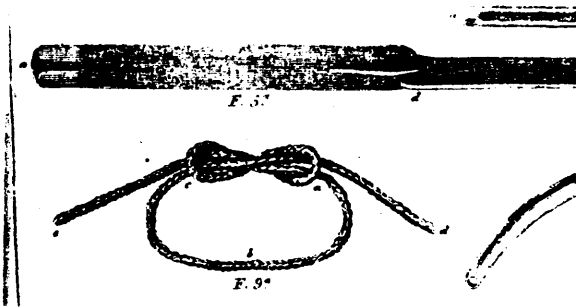
tre 1872 y 1873 SILVESTRI y DITTEL crean la ligadura elástica, de la que — se convierte en acérrimo partidario el proctólogo inglés ALLINGHAM.

Nuestras aportaciones a los métodos basados en la ligadura fueron los siguientes:

1. Método de ARGUMOSA.

Aunque ARGUMOSA distinguió como método de su preferencia aquél en que usaba el syringotomo con guarda-filos, sin embargo en casos impuestos por la impresionabilidad del paciente recurría a la ligadura del puente membranoso valiéndose de "una tercera o cuarta de guitarra untada en — aceite o cerato" (493).

Aplicaba un "nudo de pescador", creado principalmente "para — las constricciones de progresiva graduación". Su ejecución queda explicada en los siguientes términos: "En cualquier punta del torzal, pero principalmente a las inmediaciones del centro, se intenta un nudo como el de cirujano: pasando segunda vez el cabo por la área formada a la primera, y se observa que mucho antes de cerrarse, se convierte espontáneamente en ocho de guarismo. Pues bien, se pasa entonces el cabo libre por las dos asas de este ocho en dirección contraria al cabo del nudo, y costeándole con toda — exactitud. Hecho esto, se cierra el nudo u ocho de guarismo y tirando entonces del cabo corredizo mientras se mantiene fijo el del nudo a favor de los dédos índices apoyados mutuamente por su dorso, se va estrechando cuando conviene la área que comprende los tejidos" (494).



NUDO DE PESCADOR DE ARGUMOSA

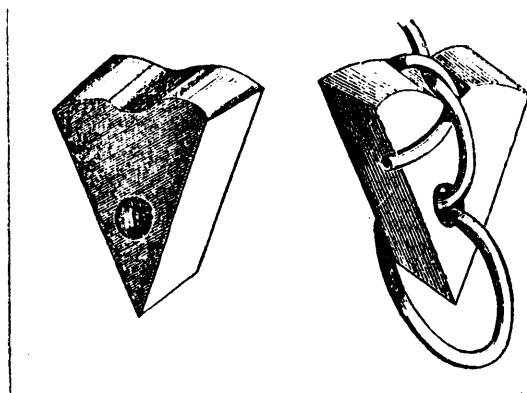
2. Método de GINE Y PARTAGAS.

Este autor publicó su primer trabajo sobre la sección por liga dura elástica en 1887; entre otras aplicaciones, se indicaba para el trata miento de los trayectos sinuosos o fistulosos.

La originalidad de su método consiste en la aplicación de unas cuñas de boj, que facilitan la reasricción de la ligadura, y que le fue— ron sugeridas por las dificultades, a veces insuperables, de atraer el nu— do a la superficie cuando se había formado un surco muy hondo.

Las cuñas de boj miden tres centímetros de altura y tienen una base curvilínea en la que existe un canal. La arista es cortante y su cuer— po está atravesado por un orificio, por el que se introducirán los extre— mos del tubo de caucho, que proceden del conducto fistuloso y que crearán al apretarse la presión necesaria para que las aristas de la cuña corten — los tejidos (495).

Este método de ligadura elástica, que en palabras de LE FORT: "es un procedimiento absolutamente inaceptable", pronto fue abandonado, — aunque en 1886 se siguen publicando casos operados con esta técnica (496).



CUÑAS USADAS POR GINE Y PARTAGAS EN SU METODO DE
LIGADURA ELASTICA

II - METODOS ORIGINALES DE TRATAMIENTO DE LA ESTRECHEZ RECTAL.

Es a lo largo del siglo XIX cuando se adquiere un conocimiento bastante perfecto de esta lesión, al individualizarse las causas etiológicas que la producen. El progreso de la medicina la ha convertido en una le sión poco frecuente, al suprimir la sífilis, la tuberculosis, la gonococia, la yatrogenia quirúrgica, etc., factores que con frecuencia la originaban.

En su tratamiento se usó la electrolisis, la cauterización, la dilatación forzada, la rectotomía externa, la proctosigmoideostomía de ROY TER, el método de BACON, la resección, etc.

Es una lesión frecuente en las estadísticas de nuestros cirujanos; así, figura en las de MADRAZO (497), GALLARDO (498), RIBERA (499), — CORTIGUERA (500), RIBAS (501), GOYANES (502).

La originalidad española sobre este punto fue obra de RIBERA, — GOYANES y MARTINEZ SUAREZ. La aportación de GOYANES fue analizada al estudiar el ano artificial, porque su técnica no actuaba sobre la lesión rec— tal, sino que se limitaba a crear un ano perianal.

1. Rectotomía en abanico de RIBERA.

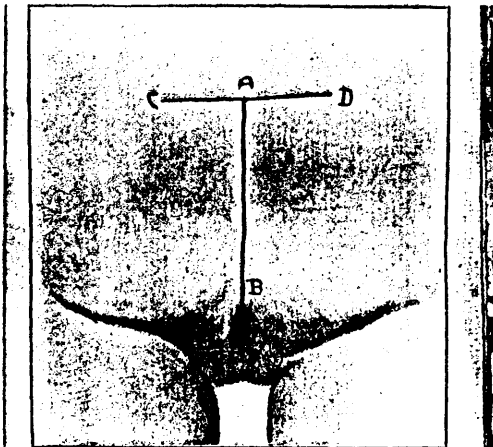
Una de las técnicas más usadas a finales del XIX era la recto— tomía lineal posterior, a la que VERNEUIL había aportado en 1884 una técni ca que gozó de popularidad.

La reintervención después del fracaso de la rectotomía media posterior, fue la causa que obliga a RIBERA "a ejecutar un procedimiento especial que ha dado los mejores resultados, y que si en el caso presente, pudiera considerarse como de necesidad, tal vez pudiera ser de elección en la mayor parte de las estrecheces no cancerosas del recto" (503). Tales son las palabras con que comienza el artículo que en 1897 da cuenta por vez primera de su técnica, y que un año más tarde presentará al Congreso Hispano-Portugués de Cirugía.

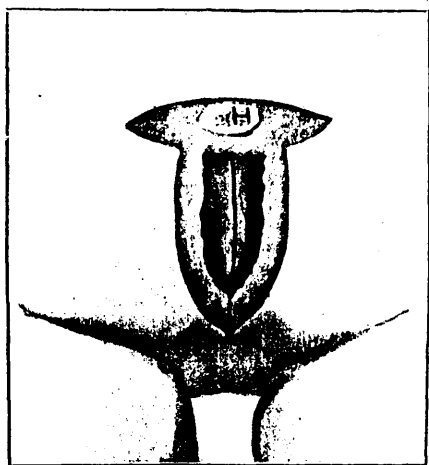
La denominó "rectotomía en abanico" puesto que consiste en un desdoblamiento del recto y considera que es "un procedimiento que no es más grave ni difícil que la rectotomía simple, y sí más sencillo y factible que la extirpación de la estrechez, que considero grave, difícil y no de resultados seguros" (504).

Puede resumirse su ejecución en tres tiempos; comenzaría con una incisión en T que permite extirpar el coxis, seguiría la rectotomía posterior, que una vez finalizada daría paso al tercer tiempo o momento en que se practica la sutura de los bordes de la incisión ano-rectal a los bordes de la incisión cutánea.

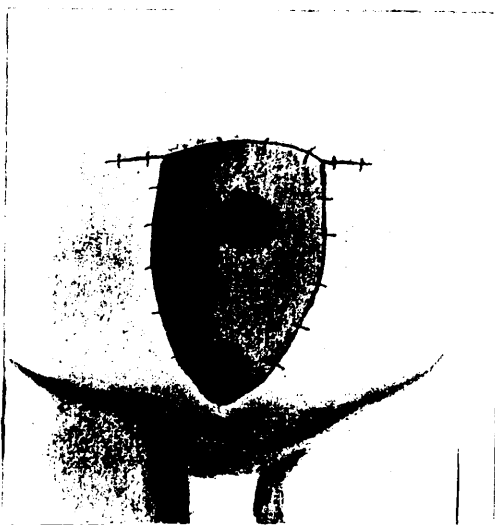
Para su autor, es "un procedimiento de elección y aplicable en la mayor parte de los casos" (505), y para el que exige como condición de éxito "que la incisión rectal llegue hasta la pared rectal sana" (506). La puso en práctica numerosas veces, y de los veinticuatro casos de estenosis rectal que presentó al Congreso de Medicina de Budapest, en 1908, en diecisiete había aplicado su procedimiento (507).



INCISION DE LA RECTOTOMIA
EN ABANICO DE RIBERA



RECTOTOMIA EN ABANICO DE RIBERA
INCISION DE LA PARED POSTERIOR DEL RECTO



RECTOTOMIA EN ABANICO DE RIBERA
OPERACION TERMINADA

2. Método de MARTINEZ SUAREZ.

La estrechez simple del recto intentó mejorarse con la dilatación digital, con tallos de laminaria, o mediante dilatadores como el de TODD, DEMARQUAY, HUGUIER, NELATON, etc.

En 1906, MARTINEZ SUAREZ publica un folleto en el que da a conocer el aparato de su invención. La imposibilidad de consultarlo, hace - que sólo podamos dar esta referencia, tomada de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas (508).

III - METODOS ORIGINALES DEL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA RECTAL.

La extirpación del recto o proctomía, aunque practicada por vez primera por FAGET, en 1759, puede decirse que fue precedida por otros métodos como la dilatación, la incisión, la cauterización, el magullamiento, hasta que LISFRANC, VELPEAU, RECAMIER, CHAISSAIGNAC, DENONVILLIERS, - CRIPPS, BARDENHAUSER, convirtieron a la extirpación en el único tratamiento del cáncer del recto.

Así, la resección del recto comenzó aplicándose a los cánceres bajos, en los que se usaba el método anal inaugurado por LISFRANC, en 1826, y que DENONVILLIERS y VERNEUIL perfeccionaron. Esta era la única forma de tratamiento, hasta que en 1870 VERNEUIL, y KOCHER en 1874, abordan los situados más arriba, en la ampolla, merced a la resección del cóxix. Un paso más lo da KRASKE de Friburgo, en 1887, al crear su método sacro que permite extirpar lesiones más altas. Este método y el parasacro de ZUCKERKANDL, serán los que alcancen más renombre a finales del siglo XIX. Los siete casos que BILLROTH presenta al Congreso Internacional de Berlín, en 1890, fueron operados con estas técnicas (509).

El método de KRASKE es el preferido por nuestros cirujanos y RIBERA, en la corta estadística de dos casos de este tipo de cirugía que presenta en 1893, usó esta técnica que, asimismo, aplicó en el caso operado en 1894, en el de 1900 y en los dos casos que intervino en 1902.

La ausencia de estadísticas numerosas y la pobreza de publicaciones sobre este tipo de cirugía nos impiden analizar más profundamente

esta faceta y señalar cuándo tuvo lugar la incorporación a nuestra ciencia del paso siguiente o resección abdomino-perineal del recto.

Iniciada por GAUDIER, CHALOT, QUENU, REVERDIN, en los años finales del siglo, no se convirtió en operación radical hasta que MILES, en 1907, la reglamentó de tal manera, que cumple hoy día las reglas carcinológicas y más o menos modificada es la única operación razonable ante un tumor de recto que no esté por encima de los diez centímetros del ano.

Metodo de extirpación supraesfinteriana del recto de RAVENTOS.

A partir de KRASKE, numerosos han sido los cirujanos que idearon técnicas que preservasen la función esfinteriana del paciente operado y así evitar la enfermedad constituida por el ano ilíaco. Con este afán, — un cirujano español convencido de que la vida no sólo tiene longitud sino profundidad también, publicó en 1911 un método original de extirpación rectal en que quedaba indemne el esfínter.

El método de RAVENTOS de extirpación supraesfinteriana del recto (510), consiste en que, una vez extirpada la lesión, se practica una sutura en bolsa del extremo anal y valiéndose de la maniobra de sacar el hilo por el ano, queda invertida la mucosa. El extremo central se introduce en el segmento de recto que previamente se había invertido. Una sutura de puntos impide el desplazamiento del intestino ectopiado, finalizando la intervención con la sutura del intestino exteriorizado.

Cuando RAVENTOS comunicó su técnica, contaba con un caso operado hacia medio año, y señala que "acuesta técnica original me va y que jo'm

creia esser el primer d'haverla posat en practica resulta que Mr. Desjar—
dins va publicarne una de molt pareguda en la Presse Medicale del 10 de ju
liol de 1910" (511).

Aunque los dos métodos buscan la extirpación aséptica, RAVEN—
TOS cree "preferible'l procediment catalá al procediment francés" (512) en
razón a que con él deja en contacto dos superficies cruentas, la externa —
del segmento distal, que por la maniobra de inversión se convierte en in—
terna, y la externa peritoneal del segmento central. Es una técnica más ra
cional, con superficie de adosamiento mayor y que en virtud de la mickuli
zación del fondo de la pelvis, la convierte en técnica más segura.

No tenemos elementos de juicio para valorar el método de extir
pación supraesfinteriano del recto de RAVENTOS. En primer lugar, de él, en
este período, sólo hemos encontrado una corta publicación de su autor; en
segundo lugar, porque realizado a finales de la época estudiada, el auge —
de su aplicación tuvo que ser en el período siguiente, si la muerte de su
creador en 1919, no supuso la de su obra; fenómeno con frecuencia repetido
en nuestra ciencia.

CAPITULO VI

INSTRUMENTAL QUIRURGICO, ORIGINAL DE NUESTROS CIRU
JANOS, RELACIONADO CON LA CIRUGIA GASTROINTESTINAL

La definición de operación quirúrgica, y sigue siendo válida - la que expresa VELASCO en 1797, "es la actuación metódica de la mano del - Cirujano aplicada sola, o ayudada de algún instrumento, sobre el cuerpo hu- mano, a fin de conservarle la salud, restaurársela, si fuese posible, o a - lo menos hacer la enfermedad tolerable, en caso que no pueda curarse radi- calmente" (513).

Es que desde siempre, la mano del cirujano, para lograr el efec- to a que aspira, se ha valido de instrumentos, que en conjunto se denominan aparato instrumental o instrumentos quirúrgicos, a los que perpetuamente se les viene concediendo una importancia de primer orden. Rara es la obra de - cirugía antigua, en que desde un punto de vista u otro no le recuerde al ci- rujano sus inapreciables auxilios. "Debe el Cirujano estar proveído de bue- nos instrumentos, y tenerlos dobles, si le fuere posible, para que dado ca- so que alguno se le caiga, y eche a perder, tenga siempre otro equivalente de quien pueda servirse" (514). "En cuanto sea posible deberá el operador - disponer por sí mismo del aparato, eligiendo todas las piezas que le compo- nen y colocándolas sobre una bandeja según el orden en que se deberán em- - plear. En caso de confiar este cuidado a un ayudante, deberá examinar el - aparato con el mayor esmero" (515).

Valgan estas dos citas, como ejemplo que testifica nuestra afir- mación.

La construcción del instrumental quirúrgico era generalmente en- cargada a cuchilleros. En España, no se vivió ningún intento serio de fabri- cación hasta el época en que GIMBERNAT crea el Real Colegio de Cirujanos de

San Carlos. Por su patrocinio, el cuchillero MASERAS viajó a Londres y -- Edimburgo en busca de información sobre el tema.

No debió de ser acción inusitada que el cirujano se uniese en esta tarea artesanal, pues existe un hecho muy demostrativo, atribuido a -- LOUIS, en el que su contestación ante las alabanzas de que era objeto un -- colega, fue: "que me enseñe sus instrumentos y os diré que pienso de él", -- sustrayendo con esta anécdota la idea de la identidad del cirujano con el instrumental, en la medida en que él fuera el creador. Converge hacia esta idea la convicción de los cirujanos de esta época, en que "Además la Mecánica tiene otras utilidades en la Cirugía, pues es evidente que el Cirujano, entre otras cualidades naturales, como penetración de entendimiento, -- constancia de ánimo, perspicacia de la vista, delicadez del tacto, destreza en las manos, etc., debe estar dotado de un genio inventor, para imaginar, corregir, y perfeccionar la construcción de los instrumentos y máquinas, de que debe servirse diferentemente, según la exigencia de los casos: lo que no podrá hacer, sino imperfectamente, si del todo ignora esta utilísima parte de la física" (516).

La participación del cirujano se hizo sentir más cuando la aplicación de los conocimientos sobre la asepsia, obliga a la creación de nuevos instrumentos, aunque a juicio de DOYEN, casi siempre se debieron más -- al entusiasmo y conocimientos del fabricante. Razón por la que el autor -- francés cree más justo que el instrumental lleve el nombre del fabricante.

En nuestro país, la ejecución de modificaciones y diseños de -- nuevas formas de instrumental tropezó con falta de talleres, obreros y fabricantes. Situación en la que aún hoy permanece esta faceta de la ciru--

gía, y que en 1931 SLOCKER denunciaba en estos términos: "Hemos estado en — Medicina y Cirugía, pendientes por muchísimos lustros de lo que los libros y fabricantes han querido proporcionarnos, y hoy, cono conocimientos más — universales y con más recursos deberemos sentir ansias de emancipación.

Vamos a la zaga de otros países en estas industrias y cuando el acero inoxidable ya está cansado de rodar por las mesas, en forma de cuchillos, tijeras y útiles domésticos, como industria de importación; cuando — los fabricantes de cirugía lo han introducido en los mercados y aún fabri— cándolo en España hemos de tributar al extranjero (...) ¿Cómo podrían los — médicos españoles modificar instrumentos introduciendo variantes a los que tenemos en uso los cirujanos de todo el mundo sin tener quién nos oiga, nos entienda, nos aconseje y, capaz de comprendernos, los construya?" (517).

El instrumental que los cirujanos de esta época ingeniarón, relacionado con la cirugía gastrointestinal, podemos clasificarlos en tres tipos:

A) Instrumental que forma parte de la técnica, y sin el que no es posible realizarla. Me refiero al Guephyratomo, Siringotomo, Dilatador anal, — etc., que fueron estudiados en su momento.

B) Instrumental que no goza de especificidad. Su uso tiene un carácter — general, por lo que puede aplicarse a cualquier operación digestiva, más — exactamente abdominal, ya que su función consiste en facilitar un mejor campo quirúrgico o simplificar alguna maniobra. En este grupo encuadramos:

1. AGUJA PASATUBOS DE LOPEZ CEREZO.

En 1887, LOPEZ CEREZO hace pública su aguja pasatubos que tiene la finalidad de allanar el camino en la colocación de los tubos de drenaje. Los motivos que le indujeron a crearla fueron que los estiletes, son das acanaladas, etc., no servían, pues al tener que penetrar por tejidos resistentes, dislaceraban.

En palabras de su creador: "cansado en mi práctica del Hospital y en la particular de la carencia de un pasatubos idóneo, me fui a un instrumentalista -el Sr. Basabé- y le mostré lo que debía hacer, el instrumento que convenía construir para resolver satisfactoriamente el vacío que hay, según he dicho, en ese asunto.

El instrumento en cuestión, que según dije ya le denominé pasatubos, es una varilla cilíndrica de acero que un extremo termina en punta lanceolada, y en el otro ofrece un ojal para enhebrar el tubo. La extremidad afilada lo está en forma de lanza, porque como el tubo ha de duplicarse al pasar por el ojo de la aguja, conviene que el orificio abierto por ella en las carnes, dé fácil acceso a la duplicatura, y ésta no determine desgarramientos siempre inconvenientes.

Se podrá objetar a este instrumento el inconveniente de que al atravesar las carnes pudiera perforar algunos vasos; tal peligro, que efectivamente en casos excepcionales pudiera ocurrir, se elude fácilmente reconociendo antes el trayecto fistuloso con el estilete, adquiriendo así el cirujano más certeza del camino que la aguja pasatubos debe seguir.

Al manifestar este pequeño instrumento no me lleva otro objeto que el de facilitar en lo posible a mis queridísimos compañeros las peno—

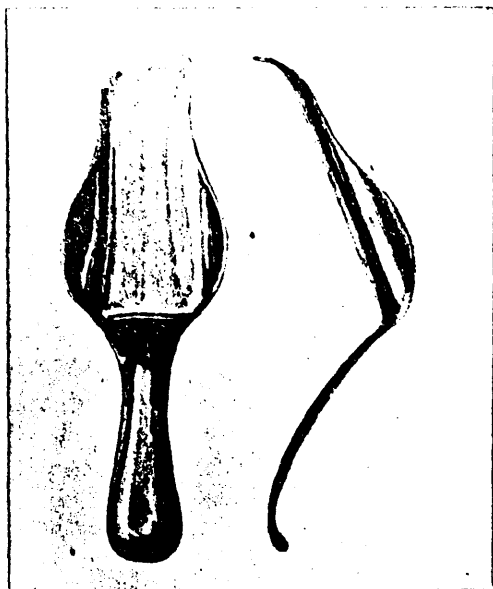
sas maniobras que en algunas ocasiones nos vemos empeñados al querer establecer un desagüe, sobre todo los que tenemos que habérmolas con frecuencia con efectos quirúrgicos en los hospitales" (518).

2. VALVA ABDOMINAL DE RUSCA.

La quimera que supone la asepsia perfecta de las manos del cirujano, llevó a la mente del mismo la conveniencia de que el manoseo en la herida quirúrgica debía reducirse al mínimo. A pesar de la pérdida del miedo al peritoneo, a medida que aumentaba el número de intervenciones abdominales, los preceptos de la asepsia se convertían en conminatorios en estas intervenciones.

Así, "el modo de evitar el contacto prolongado de las manos — con el peritoneo en algunas operaciones en que, hasta hoy, se hace indispensable la mano de un ayudante para contener la masa intestinal, apartar las paredes del abdomen y facilitar el acceso y manejo de los instrumentos en la cavidad peritoneal", llevó a RUSCA a crear su valva abdominal (519).

Su diseño se basa en datos anatómicos: "nos ha servido de punto de partida la mensuración de los diámetros transversos de la pelvis provista de sus partes blandas, tomando a distintas alturas el inferior, al nivel del fondo de Douglas; el medio, en los puntos opuestos más salientes de los músculos psoas en su porción pelviana; el superior, en el estrechamiento sacro-ilíaco. Teniendo luego en cuenta la extensión media que suele darse al corte de la pared abdominal, hemos calculado la longitud de la valva por la distancia que separa el fondo de Douglas del ángulo diafragmático de la incisión".



VALVA ABDOMINAL DE RUSCA VISTA DE FRENTE Y DE PERFIL

Dado que no es posible construir una valva con medidas estándar, RUSCA fabricó tres valvas, que únicamente variaban en sus dimensiones, por lo que las denominó mayor, mediana y menor. La forma de la valva es — "sigmoidea alargada. Desde el mango, en sus tres cuartas partes posteriores es cóncava, acanalada por su cara superior; sus bordes se adaptan a — los labios de la incisión y su extremidad anterior presenta un borde romo encorvado hacia el sacro, circunstancia que permite utilizarla como palanca para desplegar el peritoneo del fondo de Douglas".

Fue construída en Barcelona por el instrumentista Sr. Mary y — RUSCA la empezó a emplear en setiembre de 1902.

3. VALVA ABDOMINAL DE S. CARDENAL.

De ella sólo tenemos noticia por la referencia que hace RUSCA en el artículo publicado en la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas en 1903.

Textualmente dice: "La idea de suprimir la mano inesterilizable del ayudante, suprimiéndola por un instrumento aséptico, la concebimos y realizamos el Dr. Cardenal y nosotros casi al mismo tiempo. Nos complace mos en hacerlo constar por deber de justicia y de gratitud para con nuestro estimado jefe y maestro. La valva del doctor Cardenal, construída en — Berna, difiere algún tanto de la nuestra, pero cumple perfectamente su cometido" (520).

4. SEPARADOR DE ORTIZ DE LA TORRE.

En 1903 este autor comunica su método de plegamiento de la aponeurosis del oblicuo como tratamiento de la hernia inguinal, al XIV Congreso Internacional de Medicina, y en su ponencia hace referencia a un separador por él inventado, con el fin de proteger el cordón.

"En un principio he solido usar unas tijeras rectas, cerradas; pero para mayor comodidad he hecho construir un separador especial en forma acanalada ligeramente, como los antiguos gorjeretes rectales, que sirve perfectamente a este objeto" (521).

5. PINZA DE SAN MARTIN.

En 1908, San Martín presenta al Segundo Congreso Español de - Cirugía este instrumento, que razona en los siguientes términos: "Ante este trasiego de personas o actitudes y elementos operatorios, el mejor partido está, como hemos dicho, en dotar de más numerosos usos a la pinza, - instrumento sintético por excelencia, pues une, separa, extrae, incluye o incorpora (diéresis, síntesis, exéresis y prótesis de los antiguos), constituyendo el más genuino complemento de la mano operadora, al lado del - - irremplazable bisturí, que en realidad puede calificarse de instrumento preparatorio, ya que casi está reducido a dar acceso al sitio de la operación propiamente dicho y al través de la piel y tabiques orgánicos resistentes, y la aguja de sutura, verdadero epílogo de la maniobra quirúrgica" (522).

Este sofisticado instrumento fue diseñado para cumplir seis cometidos que su autor explica:

"1º. Sonda disectora. Hace sus veces la nueva pinza mediante la forma de sonda de bocio, que tiene sus extremos cerrados. La ranura media, — como en la sonda acanalada, puede guiar al bisturí al actuar de dentro a — fuera.

2º. Porta-hilos. Sin dejar el instrumento, puede pasarse con él la hebra que retiene, una vez suelta la lazada por debajo de los puentes — abiertos, retirándolo, cortando el asa, separando los dos hilos resultantes.

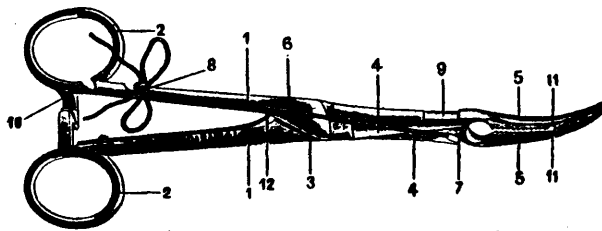
3º. Pinza hemostática fijada o péndula. Armada, su aplicación — solamente ofrece la novedad del hilo aprisionado.

4º. Ligadura vascular definitiva. Tirando de los dos cabos de — la lazada se deshace ésta y queda el primer nudo, que aflojado al mismo — tiempo abandona la muesca y permite ser corrido hasta el extremo de la pinza.

5º. Tijeras y corte. Pueden ocupar longitud variable de las ra mas; pero por corta que sea, basta para cortar los hilos, los mufioncitos so brantes de los vasos y de los puentes ligados, más cuanto haya que seccio — nar en sitios no muy profundos.

6º. Porta-agujas. El nuevo instrumento lleva ranuras transversa les para diferentes tamaños de aguja, y sus ramas aprisionan a ésta antes — de llegar a la cremallera" (523).

Aunque su precio y la pérdida prematura del corte son las úni — cas desventajas que le adjudica su autor, la realidad fue muy otra. No pudo



PINZA TIJERA DE SAN MARTIN

1. Ramas del instrumento
2. Anillos para manejarlo
3. El pivot
4. Porción cortante de la tijera
5. Los dos machoires
6. Hilo
7. La encorche que sirve para fijar el jilo
8. Otra encorche donde se sujeta el hilo
9. Parte a utilizar como quelotomo
10. Otro encorche interanular
11. Ranuras para el porta-agujas
12. Resorte separador automático de las ramas, gracias al cual puede cogerse el instrumento con toda la mano cuando se utiliza como porta-agujas

resultar cómoda ni de fácil manejo, por lo que fracasó en el intento de — ayudar a que el acto quirúrgico fuese sencillo, y por tanto su uso no proporcionaba esa necesaria rapidez en cirugía que sólo niegan los impotentes en conseguirla.

C) Instrumental destinado a la cirugía de un órgano -intestino- con independencia de la técnica aplicada.

Este requisito lo cumplen:

1. ENTEROTOMO DE ARGUMOSA.

Una forma de tratamiento del ano preternatural consistía en la sección del espolón o válvula que impedía el tránsito normal del contenido intestinal. Con el fin de evitar tal obstáculo, SCHMALKALDEN en 1798, y — PHYSIK en 1809, son los primeros que intentan seccionarlo, si bien hasta — que DUPUYTREN aportó su enterotomo, esos métodos resultaban peligrosos.

Este instrumento consistía en una pinza de ramas separadas que eran unidas a voluntad y que se aproximaban en los días siguientes a la intervención, con la finalidad de conseguir la sección del tabique, que sólo ocurría a los 8 días. Sufrió numerosas modificaciones y ARGUMOSA, en su Resumen de Cirugía, señala una modificación, de la que no sabemos si — llegó a ponerla en práctica.

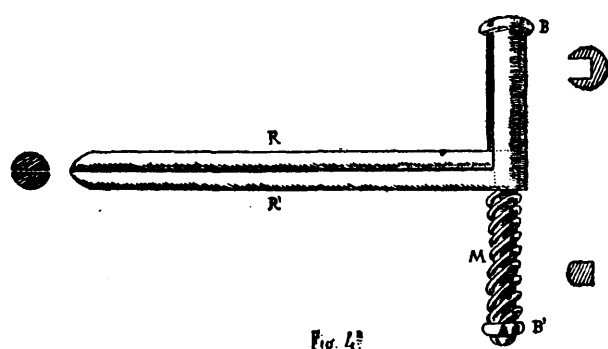
El pasaje en cuestión, que nos sugiere tal afirmación, es el siguiente: "De todos modos, siempre he creído que a estos enterotomos fal-

taba algo para asegurar mejor su objeto principal: para facilitar adherencias más extensas, en superficies mayores. Según la disposición actual de las ramas de estos enterotomos quedan sueltas y separadas las superficies serosas a muy poca distancia de la línea de compresión y debieran quedar contiguas, pues a proporción de la mayor extensión en que lo quedasen, sería más extensa y por consiguiente más eficaz la adherencia. Para esto es preciso que la rama delgada sea prismática, y que la rama grande presente para su recepción una ranura prismática también, pero abierta en ángulo mayor, pues de este modo, y sin necesitar la disposición ondeada que tienen los bordes, resultaría que desde esta línea de presión en que se habfan de verificar la mortificación, hasta los bordes libres de la ranura, se mantendrían contiguas y vivas las serosas y adquirirían así en toda esta extensión la mayor adherencia apetecida" (524).

2. CLAMP INTESTINAL DE MARTIN GIL.

Este autor usó en los experimentos de sus discos de marfil descalcificados un clamp, que mandó construir al Sr. Collin de Paris. Era de ramas paralelas y su poco volumen y peso, por ser de aluminio, así como el mecanismo de cierre mediante un tornillo, permitían obtener sobre el intestino una presión a voluntad, lo que lo hacía muy práctico según su inventor.

No pasó de aplicación experimental (525) (526).



CLAMP INTESTINAL DE MARTIN GIL

3. COPROSTATO DE ORTIZ DE LA TORRE.

"A su facilísimo manejo y sencilla desinfección, une la ventaja de no ejercer sobre el intestino en que se emplea más compresión que la necesaria para interrumpir el curso de los materiales contenidos, pero sin mortificar lo más mínimo la textura de las paredes, puesto que en realidad no comprime dichas paredes, sino que produce un doble acodamiento - entre los tres vástagos de que se compone, suficiente para obstruir el calibre interno del intestino. Por su disposición de resorte y su punto fi-jo de tope o cerramiento, se coloca con la mayor presteza, sin necesitar graduar su presión como en las pinzas vulgares, o fijar su compresión co-mo en los compresores de dos ramas sueltas.

Este instrumento ha sido construido en la casa de Clausolles, Madrid, Carretas, 35" (527).

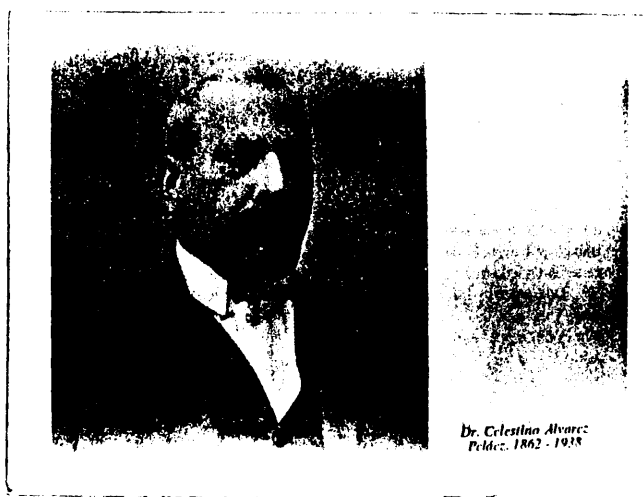
Estas palabras de su autor, son los únicos datos que de tal - instrumento encontramos. Fue presentado en 1903 al XIV Congreso Interna-cional de Medicina.

CAPITULO VII

DATOS BIOGRAFICOS DE LOS CREADORES DE
LA CIRUGIA GASTROINTESTINAL EN ESPAÑA

A la cirugía de hoy, a los conocimientos que en cirugía gastrointestinal poseemos, si no fuese por el convencimiento que tenemos - de la mutabilidad y fragilidad de la idea científica, se le podría aplicar la frase del magnífico profesor del Hôtel-Dieu de París, DESSAULT, "La cirugía ha llegado a nuestros tiempos a un grado de tal perfección y de progreso, que poco podrán hacer por su adelanto las generaciones - venideras".

Este grado de perfección, del que probablemente el tiempo - nos demuestre su tosquedad, representa el esfuerzo intelectual de va- - rias generaciones de cirujanos españoles que se esforzaron por dejarnos a nivel científico equiparable al de los países más avanzados. Su obra ya analizada, la entrelazaremos con una breve reseña de datos biográficos. Quiere ser una evocación a los que transformaron la intervención - quirúrgica en una acción de escaso riesgo, en la que la mano ya no mata al herir, porque su honradez y trabajo les llevó a comprobar y examinar los reveses, porque no se dejaron seducir por los éxitos, porque la técnica fue una de sus constantes preocupaciones y a mejorarla y a perfeccionarla pusieron todos sus esfuerzos.



CELESTINO ALVAREZ PELAEZ

Nació en Salas (Oviedo), en 1862.

Murió en Oviedo, en 1938.

Fue el iniciador en Asturias de la cirugía moderna.

Experimentalmente realizó la extirpación del simpático torácico, como método de tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Su aportación a la cirugía gastrointestinal consistió en proponer como tratamiento de la úlcera gástrica la torsión y arracamiento bilateral de los nervios intercostales V al IX.

BIBLIOGRAFIA.- Melquised Cabal: Cien Médicos asturianos, — Editorial Richard Grandío. Oviedo, 1976.



DIEGO ARGUMOSA Y OBREGON

Fue sin duda la figura más importante de la primera mitad del siglo XIX, opinión aceptada sin controversia por sus contemporáneos, discípulos y historiadores y que CREUS Y MANSO razona en estos términos: "Era, al operar, un verdadero artista que confiaba en el enfermo el original invisible creado y estampado en su poderosa inteligencia".

Entre su nacimiento en Puente de San Miguel (Santander) en -- 1765 y su muerte en Torrelavega (Santander) en 1865, su vida está referenciada por los siguientes hechos: En 1831, es nombrado socio de la Real Academia de Medicina y Cirugía; en 1834, socio numerario de la Real Academia de Ciencias Naturales de Madrid; en 1845 catedrático de Clínica Quirúrgica

de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Madrid, cargo - del que dimitió en 1853.

Su atormentada vida no fue obstáculo para hacer gran número - de aportaciones a la cirugía, que hoy conocemos a través de sus publica- ciones, y sobre todo por su Resumen de Cirugía y Atlas del Resumen de Ci- rugía que publicó en 1856.

Dió a la cirugía intestinal de aquella época dos métodos de sutura para las heridas intestinales. Uno, el de los anillos de Argumosa, y otro mediante la sutura de colchonero. Introdujo mejoras en los entero- tomos. Creó procedimientos nuevos para el tratamiento de las fistulas de ano, bien aplicando su siringotomo con guarda-filos o su nudo de pescador.

Su lista de contribuciones originales a la cirugía general - es grande. Creó métodos para la extirpación de la parótida, para el trata- miento de la fistula salival externa, para la extirpación de la lengua - sin ligadura previa, para la fistula lacrimal, para la extirpación de las amígdalas, para la corrección de la fimosis, de las fistulas uretrales, - del hidrocele, para la amputación del pene, para el tratamiento del sarco- cele, para efectuar la talla, para tratar el ectropio. Inventó métodos de blefaroplastia, queiloplastia, desarticulación escápulo-humeral con colga- jo externo, desarticulación de la pierna, amputación del brazo y muslo, - desarticulación del dedo gordo del pie, resección del maxilar inferior.

Fue el primero en preconizar la fleborrafia, inventó la sutu- ra denominada hilvanada, la sutura "de cepo", para practicar la tenorrafia. Diseñó vendajes originales para el tratamiento de las fracturas, e inven-

tó un aparato para aplicar el éter como anestésico, que fue el primero en -
usarlo en España; inventó también la "tabla tensoria" para el tratamiento -
de las fracturas del fémur y el "compresor de media luna" para practicar la
hemostasia.

BIBLIOGRAFIA.

1. Albarracín Teulón, A.: Diego de Argumosa y Obregón, Cirujano español del siglo XIX. XV Congreso Internacional de Historia de la Medicina. Madrid, 1956.
2. Lletget, F.: "Dr. D. Diego Argumosa". El Siglo Médico; XXXVIII, nº 1960, 449-454; 1891.
3. Perera y Prast, A.: "La atormentada vida del Dr. Argumosa". Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid, LXXXV, 207, 1968.
4. Sorní Valls, G.: La obra quirúrgica de Diego de Argumosa y Obregón. Edit. Científico Médica, Madrid, 1970.

ANGEL BALTAR CORTES

Precursor de la cirugía moderna en Galicia, dedicó especial -
preferencia por la cirugía gastrointestinal, que introdujo en esa región.

Inventó un separador abdominal, que sigue usándose hoy día, y
creó instrumental oftalmológico.

Nació en Padrón (La Coruña), en 1867, y murió en Santiago de
Compostela en 1934.

BIBLIOGRAFIA.

1. Pereira Seisdedos, E.: "Biografía del cirujano doctor don Angel Baltar
Cortés"; Trabajos de la cátedra de Historia crítica de la Medicina, Ma
drid, 4, 167-169, 1934-1935.



JOSE MARIA BARTRINA THOMAS

Figura catalana de principios de siglo, contribuyó con una cirugía activa a hacer común en Cataluña la cirugía gástrica.

Nació en Barcelona, en 1877. A los 34 años obtiene la Cátedra de Patología quirúrgica de su ciudad natal, desde la que realizó la gran labor pedagógica de enseñar la necesidad de una intervención precoz en la apendicitis aguda. En 1915, ingresa en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, eligiendo como tema de su discurso: Notas sobre cirugía gástrica. Afecciones benignas gastroduodenales.

Su magisterio sintió también predilección, por los temas urológicos. Murió en 1950.

BIBLIOGRAFIA.

1. Gómez Santos H.: "Maestros de ayer". Tribuna Médica, 14-15, 12 mayo 1971.

JUAN BRAVO CORONADO

Nació en Madrid en 1860. Cursó la carrera de Medicina en la Facultad de San Carlos, obteniendo el doctorado en 1882. En 1884, ingresa — por oposición en el Hospital General de Madrid. En 1910 es nombrado Profesor agregado de Patología Quirúrgica, adscrito a la cátedra de Ribera.

Presidente en 1900 de la Academia Médico-Quirúrgica, ingresa — en la Real Academia de Medicina en 1915.

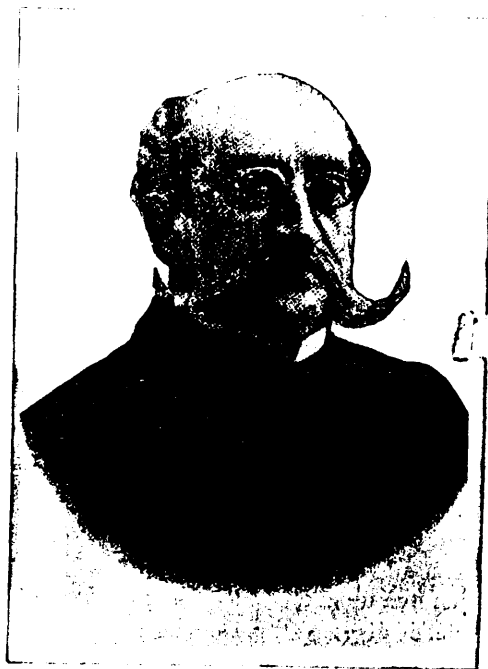
Falleció en 1936.

Su principal contribución a la cirugía gastro-intestinal fue — el ser el primer cirujano español que defendió abiertamente la necesidad — del tratamiento quirúrgico urgente de la apendicitis aguda. Es de los primeros cirujanos que realiza la resección intestinal. Se inicia en la cirugía gástrica en 1900.

Sus principales publicaciones son: Procedimiento de elección para gastro-enterostomía; Sarcomas de partes blandas de los miembros; Laminectomía vertebral.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alvarez Sierra J.: Historia de la Academia Médico-Quirúrgica Española. Madrid, 1964.



SALVADOR CARDENAL Y FERNANDEZ

Es uno de los cirujanos más representativos de la denominada generación de sabios, el creador de la escuela catalana de cirugía, y, - sin duda, uno de los iniciadores de la cirugía gastrointestinal en España.

Nació en Valencia en 1852. Finalizó su licenciatura en la Facultad de Medicina de Barcelona en 1875, obteniendo en 1877, por oposición, la plaza de Preparador Anatómico de la Facultad y la de médico de la Casa de Caridad. En 1879 es nombrado Jefe de Servicio quirúrgico del Hospital del Sagrado Corazón, cargo que ocupó hasta su muerte. En 1886 - fue nombrado académico de la Real de Medicina de Barcelona y en 1922 ca-

tedrático honorario de la Facultad de Barcelona. Después de 50 años de una vida científica intensa, y a los 75 años de edad, fallece en 1927 en Barcelona.

Su ambición de saber, su voluntad de trabajo y su sorprendente habilidad manual, cualidad quirúrgica esta que tanto estimaba, porque el quehacer del cirujano es parangonable al de un dibujante que no puede emplear la goma de borrar, le transformaron en ese maestro de grandes cirujanos que hoy recordamos, gracias a su esfuerzo personal, como lo señala en la polémica carta que en 1894, escribió a RIBERA. "No hemos tenido maestros; a nadie debemos nada en este terreno; a fuerza de penalidades, constancia, vigiliass y disgustos hemos hecho algo sin protección ni auxilio ajenos, movidos tan sólo por nuestra voluntad y guiados por nuestros mentores; estos últimos han sido las obras escritas por profesores extranjeros! Ello fue la causa de buscarse, desde 1876, contacto directo con las más importantes clínicas, visitando a Guérin, Gosselin, Richet, Verneuil, Terrier, Broca, Pean, Ollier, Juilliard, Rose, Nussbaum, Bardeleben, Schröder, Thiersch, Luecke, Koberle, Wolkmann y Billroth en 1879, fecha en que de vuelta de su viaje comienza a poner en práctica sus conocimientos y se inician sus éxitos.

En 1881 realiza la primera ovariectomía en Barcelona, con éxito y entre 1877 y 1892 efectúa dos mil operaciones, de las que ciento veinticuatro son laparotomías, cifra no igualada por ningún cirujano de entonces y en 1925 el número total de intervenciones por él realizadas ascendía a quince mil.

Es el introductor de la gastroenteroanastomosis y colaborador, con RUSKA, de una nueva técnica. Partidario del tratamiento quirúrgico de

la apendicitis aguda; usó el método de RIBERA para el tratamiento de la estrechez rectal y el de SAN MARTIN para la creación de un ano artificial. - Realizó la primera colecistogastrostomía en Barcelona.

Fue un defensor del tratamiento intraperitoneal del pedículo, - después de la ovariectomía y del drenaje de las haperotomías. Fue objeto de su predilección la cirugía ósea, y en 1880 fue el primero que realizó con buen resultado la osteosíntesis.

SI GINE Y PARTAGAS es el primero en usar el método de Lister en España, CARDENAL es el apóstol de tal técnica. En 1879 publica su Guía práctica para la cura de las heridas y la aplicación del método antiséptico en cirugía, que modificado en sucesivas ediciones, la de 1877 y 1894, - aparecerá con el nombre de Manual Práctico de Cirugía Antiséptica.

Entre sus publicaciones destacan: De la osteomielitis en sus relaciones con la pioemia y la septicemia, en 1877; El lupus, el epitelio- ma y el cáncer ulcerado, en 1881; Progreso de la cirugía en el presente si glo, en 1882; Criterios quirúrgicos de la inflamación (noxas glogógenas), - en 1886; Contribución al estudio experimental de los efectos de los moder- nos proyectiles de guerra y su tratamiento, en 1895; Indicaciones de la in tervención quirúrgica en las afecciones del estómago, en 1903; Lo que ha - sido, es y debe ser la ciencia y el arte quirúrgico, en 1910.

BIBLIOGRAFIA.

1. Castellá, A.: "El doctor Salvador Cardenal (1852-1927)", Annals de Medi cina de Barcelona, 22, 338-352. 1928.

2. Comenge y Ferrer, L.: Bocetos médicos, Barcelona 1893.
3. Corachán, M.: "El Doctor Cardenal, cirujano"; Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, pág. 3-9, 1928.
4. García-Tornel Garrós, L.: La Cirugía española del siglo XIX. Discurso - de recepción en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. Febrero de 1948.
5. Menacho: "El doctor Cardenal, académico", Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, pags. 15-21, 1928.
6. Pí-Figueras, J.: "La Cirugía moderna a Catalunya de Cardenal al 1936". Llibre d'actes. I. Congrés Internacional d'història de la Medicina catalana, volum. II, 193-212, 1970.
7. Sánchez Pérez, J.Mª.: "Don Salvador Cardenal Fernández, cirujano español del siglo XIX". Trabajos de la cátedra de Historia crítica de la Medicina, Madrid, 5, 79-98, 1934-35.
8. Trias Pujol, J.: "El doctor Cardenal, maestro"; Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, págs. 10-14, 1928.

EULOGIO CERVERA RUIZ

Nació en Torrente (Valencia) en 1855. Realizó sus estudios de Medicina en la Universidad central, licenciándose en 1875 y alcanzando en 1880 el cargo de Profesor ayudante de Clínicas del Colegio de San Carlos.

Discípulo de Gonzalez Encinas, a la muerte de éste fue elegido por Rubio como cirujano general de su Instituto, y llegó a ser director del mismo en 1914.

Ingresó en la Real Academia de Medicina en 1900.

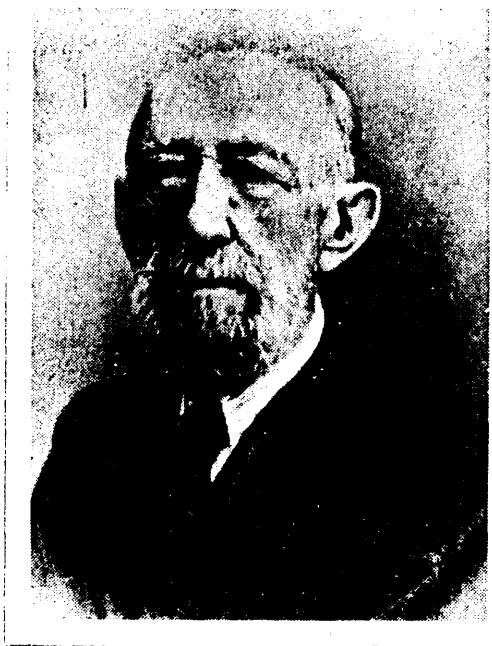
Fue un cirujano general amplio, que después de cultivar en sus primeros tiempos la oftalmología, se dedicó especialmente a la cirugía digestiva y ginecológica.

Dejó publicaciones sobre: Histerectomía abdominal; La apendicitis; Enfermedades de páncreas y sus asociaciones gastro-duodeno-hepáticas, y un trabajo experimental sobre el cáncer.

Falleció en Madrid el 31 de diciembre de 1916.

BIBLIOGRAFIA.

1. Bravo, Juan: "Eulogio Cervera". El Siglo Médico, 74: 23-25; 1917



ANTONIO MARIA COSPEDAL Y TOME

Fue una destacada personalidad de la ginecología, pero su actividad sobrepasó este campo y sus intervenciones en cirugía digestiva - permiten que le recordemos.

Nació en Valladolid en 1855. Murió en Madrid en 1949.

En 1887 creó y dirigió en el Hospital de la Princesa una consulta de ginecología.

Ingresó en la Real Academia de Medicina de Madrid, en 1905, - llegando a ser Presidente.

De sus trabajos relacionados con la cirugía gastrointestinal,

merece recordarse: Deducciones del estudio de más de dos mil laparotomías.

BIBLIOGRAFIA.

Boletín Informativo de la Real Academia Nacional de Medicina, nº 100, junio - julio, 1959.



ALVARO ESQUERDO Y ESQUERDO

Es considerado por sus biógrafos como "un gran cirujano y un gran hombre dotado de una voluntad de hierro, de enérgica espiritualidad y disciplinado hasta los más mínimos detalles".

Nació en Villajoyosa (Alicante), en 1853. Finalizó su licenciatura con premio extraordinario en 1878, en Barcelona. En 1880 gana, - por oposición, una plaza de médico de número de la Casa de Caridad y en el mismo año es nombrado médico agregado del Hospital de la Santa Cruz y cirujano segundo del Hospital del Sagrado Corazón. En 1897 ingresa en la Real Academia de Medicina de Barcelona.

Falleció en Barcelona en 1921.

Contribuyó a introducir la laparotomía en Cataluña, siendo - el primer cirujano que realizó una ovariectomía en el Hospital de la San-

ta Cruz. Su actividad en el campo de la cirugía gastroenterológica fue -- grande, practicando toda la cirugía de la época, en especial la gastroenteroanastomosis y resecciones intestinales. Es probablemente el primer cirujano catalán que realizó una pilorectomía en 1898.

Sus principales publicaciones versaron sobre: Indicaciones de la intervención quirúrgica en la oclusión intestinal; Las complicaciones de las hernias y su tratamiento; Concepto clínico de las úlceras ano-rectales y su aplicación al tratamiento de las mismas; La cirugía conservadora del pie; Traqueotomía en la difteria de las vías respiratorias; Toracocentesis, toracotomía y toracoplastia.

BIBLIOGRAFIA.

1. Bartomeus, A.: Sesión necrológica organizada por el Cuerpo facultativo a la buena memoria del Doctor D. Alvaro Esquerdo y Esquerdo, Hospital - de la Santa Cruz, 12 de enero de 1922.
2. García-Tornel Carrós, L.: La cirugía española en el siglo XIX. Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. Febrero de 1948.
3. Rivas, E.: "¡Alvaro Esquerdo ha muerto!", Annals de Ciencias Mediques, - Barcelona, 15, 109-110. 1921.



MIGUEL A. FARGAS ROCA

Nació en Castelltersol (Barcelona) en 1858. Fue uno de los -- creadores de la especialidad ginecológica en España, y desde 1893 ocupó la Cátedra de Obstetricia y Ginecología de Barcelona; en 1882 ingresó en la -- Real Academia de Medicina de Barcelona. Es uno de los introductores de la laparotomía, que practicó por primera vez en 1882. Realizó una de las primeras gastroenteroanastómosis en España.

Sus principales publicaciones son: Patogenia y tratamiento de las consecuencias inmediatas de la laparotomía; Primera serie de diez ovariotomías y su Tratado de Ginecología, que tiene el mérito de ser el primero escrito en español.

Falleció en 1926.

BIBLIOGRAFIA.

1. Cardenal, S.: "Necrología del Doctor D. Miguel Fargas y Roca". Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, pags. 3-10, - 1917-1918.
2. Usandizaga, M.: Historia de la Obstetricia y de la Ginecología en España, pág. 285. Santander, 1944.



JOSE GOYANES CAPDEVILA

Fue un gran humanista y un brillante cirujano que alcanzó -- gran prestigio en su época.

Nació en Monforte de Lemos (Lugo), en 1876, y obtuvo el grado de doctor con premio extraordinario en 1901. Auxiliar de cirugía de la Cátedra de SAN MARTIN, en 1902. Por oposición en 1905, se convirtió en profesor de cirugía del Hospital General. A la muerte de su maestro, por circunstancias ajenas a sus méritos, no consiguió obtener la Cátedra. En -- 1911 fue nombrado Presidente de la Academia Médico Quirúrgica Española; -- en 1917, Director del Instituto de Cáncer y en 1918 Académico de la Real Academia de Medicina de Madrid.

Falleció en 1964.

Su aportación a la cirugía gastrointestinal consistió en crear un método original de gastroenteroanastómosis, aplicar la gastroscopia en el diagnóstico intraoperatorio de la úlcera, crear un método de colostomía perineal como tratamiento de la estrechez rectal, un procedimiento para el tratamiento de las hernias inguinales y un método de herniorrafia aplicable en el caso en que exista una hernia inguinal y crural.

Sus publicaciones sobre todas las facetas quirúrgicas, sobrepasan el centenar.

Su vertiente humana, inseparable del cirujano, es expresada — por su amigo Pérez de Ayala, con estas palabras: "Goyanes es lo que los italianos del Renacimiento denominaban "uomo universale". Su curiosidad es ilimitada. Además, está agraciado con una virtud retentiva, también de ilimitado ámbito, e infalible. Tesoro liberal llamó Cicerón a la memoria. — Vierte sin cesar sus dádivas en beneficio ajeno, y no por eso se vacía ni consume. Estar en compañía de GOYANES, es como tener a mano esa arca opulenta, rebotante y sin fondo".

BIBLIOGRAFIA.

1. Barreiro Alvarez, F.: Goyanes: aspectos históricos-biográficos. Tesis — doctoral. Madrid, s.a.
2. Libro homenaje a Goyanes. Editor Gaceta Médica Española, 1929 — 1930.

LUIS GUEDEA Y CALVO

Nació en Calatayud en 1860.

Estudió la carrera de Medicina en Madrid, obteniendo la Licenciatura y Doctorado con premio extraordinario.

En 1890 ocupa la cátedra de Clínica Quirúrgica de Cádiz, posteriormente la de Barcelona para en 1896 convertirse en titular de la cátedra de Patología Quirúrgica de Madrid.

En 1908 ingresó en la Real Academia de Medicina de Madrid, leyendo su discurso sobre Cómo debe entenderse actualmente la cirugía conservadora.

Fue uno de los primeros en realizar la pilorectomía en España y llegó a tener una importante estadística de gastroenteroanastómosis.

Algunas de sus publicaciones sobre asuntos quirúrgicos son: — Práctica de la ovariectomía; Juicio crítico de la cirugía antiséptica del doctor Cardenal; Apuntes de Patología Quirúrgica; Analgesia por inyección raquídiana de cocaína; Esplenotomía; Con motivo de 37 gastroenterostomías.

Falleció a los 56 años, en 1916.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alvarez-Sierra, J.: Historia de la cirugía Española. Madrid, 1961.

2. Calleja y Sánchez, J: Discurso de contestación al de recepción del doctor Luis Guedea y Calvo en la Real Academia de Medicina de Madrid: Cómo debe entenderse actualmente la llamada cirugía conservadora. Madrid, — 1908.
3. Sesión necrológica celebrada en la Real Academia de Medicina de Madrid el 5 de febrero de 1916. Anales de la Real Academia



EUGENIO GUTIERREZ Y GONZALEZ

Nació en Santander en 1851, pero su infancia la pasó en Puente de San Miguel, donde conoció a Argumosa.

Los cursos de Medicina los realizó en Valladolid, donde alcanzó el grado de Licenciado en 1873. En 1879 se traslada a Paris y trabaja — con Ranvier. Esto le valió que a su vuelta a España Rubio le pusiese al — frente del Laboratorio de Histología del Instituto de Terapéutica Operatoria, pasando al año a encargarse de las enfermedades ginecológicas, convirtiéndose por su fecunda labor en uno de los creados de esta especialidad.

Por su gran prestigio llegó a ser el ginecólogo de la Reina —

Victoria Eugenia.

Murió en 1914.

Sus ovariectomías y laparotomías contribuyeron a la introducción de la cirugía abdominal. A él se debe, en 1898, la primera pilorectomía de la que hay constancia en nuestro país. Un año antes había practicado una resección intestinal, cirugía nueva en aquellas fechas.

Dejando a un lado las numerosas publicaciones ginecológicas, - publicó artículos relacionados con la cirugía digestiva, tales como: Las sorpresas de la cirugía abdominal; Sobre la oclusión intestinal aguda consecutiva a la histerectomía vaginal; Sobre las estrecheces del recto en la mujer.

BIBLIOGRAFIA.

1. Usandizaga, M.: Historia de la Obstetricia y de la Ginecología en España. Págs. 283-284. Santander, 1944.
2. García del Moral: Galería de escritores médicos montañeses. Págs. 113-131. Santander, 1906.



RAMON JIMENEZ GARCIA

Tres hechos caracterizan su vida:

Fue el primer catedrático de Técnica Anatómica que se nombró - en España, hecho que tuvo lugar en 1892, cuando por iniciativa de Calleja, entonces Decano y Director de Enseñanza, se convirtieron los ejercicios de disección en una nueva asignatura, la Técnica Anatómica.

Realizó de modo casual la intervención que sobre el estómago - nueve años después Schoemaker unirla su nombre.

Intervino en la autopsia de San Martín.

Nació en Madrid, en 1852, y murió en 1928.

Su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina en 1904 lo realizó sobre El método anatómico en la operatoria quirúrgica. En 1919 expuso en esa corporación, La cirugía del cáncer de estómago.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alvarez Sierra, J.: Anatómicos madrileños famosos, Instituto de Estudios madrileños. Madrid, 1953.
2. Alvarez Sierra, J.: Notas sobre Historia del Colegio de San Carlos. Medicina de Madrid, III, 54-56, 1969.



ENRIQUE DIEGO MADRAZO

Nació en la Vega de Pas (Santander), en 1850.

Estudió Medicina en las Universidades de Valladolid y de Madrid financiándose en 1871.

Fue catedrático de Clínica Quirúrgica en la Facultad de Medicina de Barcelona, cargo del que presentó la dimisión ante las deficiencias de organización quirúrgica y de enseñanza. De vuelta a su región, se convierte en el introductor de la cirugía moderna.

Sus principales publicaciones son las Lecciones de Clínica Quirúrgica y su Estadística Operatoria.

BIBLIOGRAFIA.

1. Garcia del Moral: Galería de escritores Médicos montañeses. págs. 95-105 Santander, 1906



D. Ricardo Lozano Monzón.

RICARDO LOZANO MONZON

Nació en Daroca (Zaragoza), en 1872.

Se licenció en Medicina en 1894. En 1898 obtuvo la plaza de Clínica Quirúrgica de Granada, de donde pasó a Zaragoza en 1900 a ocupar la Cátedra de Anatomía descriptiva y posteriormente de Patología Quirúrgica.

Ingresó en la Real Academia de Medicina de Zaragoza en 1901 ver sando su discurso sobre La úlcera del estómago desde el punto de vista quirúrgico.

Realizó numerosas gastroenterostomías, contribuyendo a la difusión de tal técnica en nuestro país. Falleció en Zaragoza en 1934.

BIBLIOGRAFIA.

1. Zubiri Vidal, F.: Historia de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, págs. 231-233. Zaragoza, 1976.



JOSE ORTIZ DE LA TORRE

Nació en Santander en 1858. Murió en Madrid en 1928.

Se doctoró en 1878, con una Tesis sobre quistes hidatídicos. - Ejerció su actividad en el Hospital General y fue el primer cirujano español que en 1906 suturó una herida en el corazón.

Su aportación a la cirugía gastroenterológica consistió en recomendar un método de exclusión pilórica e intervenir con Goyanes en la — creación del método gastrosκόpio como diagnóstico intraoperatorio de las úlceras.

Tuvo una gran experiencia en el tratamiento quirúrgico de las hernias y creó en 1903 un método original de tratamiento de la hernia in—

guinal. Inventó un clamp intestinal y un separador para proteger el cordón durante la reparación herniaria.

Sus principales publicaciones fueron: Obliteración de las hernias; Quistes pilosos intraparietales del vientre; La experiencia en 500 - hernias operadas.

Su modestia le impidió aceptar el nombramiento de Académico y el cargo de Médico de Palacio.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alvarez Sierra, J.: Diccionario de Autoridades médicas. Editora Nacional, 1963.
2. Alvarez Sierra, J.: Historia de la Academia Médico-Quirúrgica española, págs. 142-144. Madrid, 1964.
3. García del Moral, J.: Galería de escritores médicos montañeses. Santander, 1906.



ANTONIO RAVENTOS AVIÑO

Fue un práctico habilísimo, que se autocalifica como "operador visual"; operaba bien porque sus grandes incisiones le proporcionaban un buen campo.

Nació en Barcelona an 1869.

Discípulo directo de Esquerdo, en 1895 es nombrado Cirujano numerario, por oposición, del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona. En -- 1904, él y Tarruella Alvareda fundan en Barcelona la primera Clínica privada para el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones del aparato di--gestivo.

Contribuyó a desterrar el drenaje en las operaciones asépticas, a introducir la intervención urgente en la apendicitis aguda, la gastrostomía, la gastroenteroanastómosis y la gastrectomía en Cataluña.

Como verdadero virtuoso de la técnica, creó un procedimiento - original de gastroenteroanastómosis, otro de extirpación del recto conservando el esfínter y un método de sutura movable aplicable al cierre de la laparotomía y a la reparación de las hernias.

No publicó nada, pero su obra está recogida en las Actas de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.

Una angina de pecho le produjo la muerte en 1919.

BIBLIOGRAFIA.

1. Gallart Esquerdo, A.: Historia de la gastroenterología española. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Barcelona. Barcelona, - 1955.
2. Raventós Pi Joan, J.: "Antoni Raventós Aviño". La Medicina Catalana, nº - 10, 1-2, 1934.
3. Ribas Ribas, E.: "A. Raventós Aviño". Archivos Médico-Biográficos, nº 39 Barcelona.
4. Ribas Ribas, E.: "Maestros de la Ginecología española. El cirujano ginecológico A. Raventós Aviño". Archivos Médicos-Biográficos, XII, 199, 1972.
5. Trias i Maxencs, A.: "Bibliografía médica catalana, 1907-1931". Annals - de Medicina, XXVI, 23-24, 1932.



SEBASTIAN RECASENS Y GIROL

Nació en Barcelona en 1863 y falleció en 1933.

Licenciado en Medicina a la edad de 19 años, en 1882, alcanzó - la cátedra de Obstetricia y Ginecología de Madrid en 1902.

Fue académico de la Real Academia de Madrid en 1905.

Continuador de la obra ginecológica de Gutierrez y Fargas, es - recordado en la historia de la cirugía gastrointestinal, porque en su primera etapa quirúrgica realizó gastroenteroanastómosis, intervención nueva en aquellos tiempos y porque él es el primer cirujano que practicó en 1902 una gastrectomía total.

BIBLIOGRAFIA.

1. "Presidentes de la Real Academia Nacional de Medicina". Boletín informativo, nº 94, diciembre 1958.



ENRIQUE RIBAS Y RIBAS

Continuador de la obra de sus maestros, S. Cardenal y A. Esquerdo, desarrolla su labor en el período de consolidación de la cirugía moderna y personifica la cirugía catalana de ese período, al unir en su persona al clínico, cirujano y maestro.

Nació en Vigo (Pontevedra), en 1870.

Comienza en 1897 su ejercicio médico en el Hospital de la Santa Cruz, como ayudante del servicio de Cirugía General de Esquerdo, alcanzando en 1906 el cargo de Jefe de Servicio.

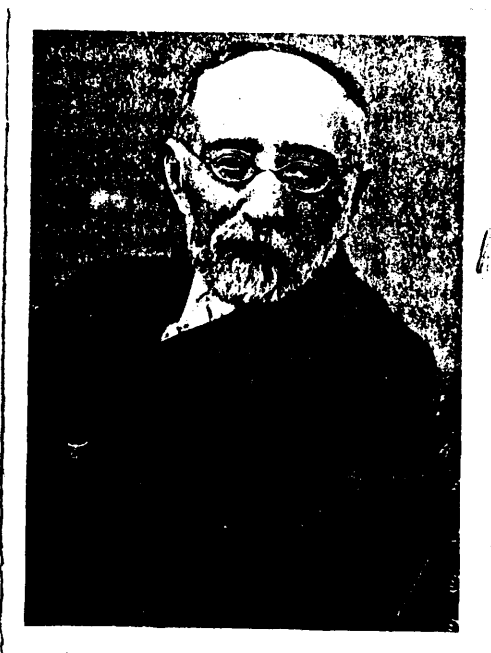
En 1932 fue nombrado Académico de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

Murió en Masnou (Barcelona), en 1935.

Aunque abarcó toda la cirugía general, a la que dedicó ciento siete trabajos, su extraordinaria constancia sintió predilección por la cirugía visceral, que analizó en cincuenta y cuatro publicaciones, de las — cuales dieciocho dedicó a la biliar, tema que trató con favoritismo. Ejemplo de ello son algunos de sus trabajos: Cirugía de las vías biliares o indicaciones quirúrgicas de la colelitiasis e infecciones biliares; Formas — quirúrgicas de pancreatitis; Contribución al estudio de las hemorragias pancreáticas; Fonaments de la indicació i de la tecnica quirúrgica en les malalties de la bufeta i dels conductes biliars.

BIBLIOGRAFIA.

1. Bibliografia medical del Catalunya. Inventari primer, Barcelona 1918
2. Corachán, M.: "El Dr. Enric Ribas i Ribas, ha mort". La Medicina Catalana, 26, 608-609, 1935.
3. Corachán, M.: Parlament de resposta al treball de recepció del Dr. E. Ribas, en l'academia de Medicina de Barcelona. 1932
4. Gallart Esquerdo, A.: Historia de la gastroenterología española. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Barcelona. Barcelona, 1955.



JOSE RIBERA Y SANZ

Cirujano de voluntad y acción, que simboliza el temperamento quirúrgico. Goyanes lo define con estas palabras: "Al ejecutar una operación iba derecho al fin, arrollando obstáculos y operaba con rapidez, decisión, energía y violencia. Su originalidad resultaba de la improvisación y necesidad del momento; más ejecutor que pensador, al actuar era cuando se le ocurrían soluciones nuevas". Pero ello no le inhabilitó para aportar a la cirugía notables innovaciones originales. Estas, su laborioso quehacer quirúrgico, al que ligaba inmediatamente las conquistas de la cirugía moderna, lo convierten en el principal iniciador de la cirugía gastrointestinal.

Nació en 1852, en Tivisa (Tarragona).

Estudiante de Medicina en Granada, en 1873, se convierte en — alumno de Creus, al que recordará con especial agradecimiento a lo largo — de su vida. Tres años más tarde, con la calificación de sobresaliente, finaliza su Licenciatura.

En 1878 es nombrado Médico de guardia del Hospital del Niño Jesús de Madrid, pasando al año a ser médico titular del Hospital encargado de la sección de Cirugía y en 1885 a Jefe Facultativo. Su laboriosidad le llevó a realizar varias oposiciones a Cátedra, logrando obtener en 1888 la Cátedra de Clínica Quirúrgica de Madrid. En 1894 ingresa como académico de la Real Academia de Medicina de Madrid.

Es indiscutible que introdujo el concepto y utilidad de la laparotomía exploradora y de la gastrectomía como única solución del cáncer gástrico.

Original suyo es la laparotomía osteoplástica, la técnica de — cierre de las laparotomías supraumbilicales, dos técnicas de tratamiento — de las hernias inguinales, la rectotomía en abanico para el tratamiento de las estrecheces rectales.

Pero además creó un procedimiento de hemostasia para la desarticulación coxofemoral, anterior al de Momburg, un método para la desarticulación coxofemoral, otro para la desarticulación de la rodilla, una técnica para la extirpación total de la lengua, un procedimiento de extirpación de los pólipos nasofaríngeos, creó una vía para abordar la hipófisis, una técnica para el tratamiento de la espina bífida, la toracectomía para el —

tratamiento de los derrames pleuríticos fistulizados, una vía paraperitoneal para la nefrectomía y un método de sutura movable en la talla hipogástrica.

Es probable que en número de publicaciones no le iguale ningún cirujano de la época. Algunas son: Diagnóstico diferencial de los tumores del abdomen; Notas a la ciencia y el arte de la cirugía de Erichsen; Her-nias; Estudios clínicos de cirugía infantil; Reflexiones acerca de la laparotomía; Clínica quirúrgica general; Algunas consideraciones sobre la cirugía gástrica; Quistes hidátidicos y Criterio actual sobre el tratamiento moderno de la tuberculosis quirúrgica.

Una hemorragia cerebral, el 8 de enero de 1912, ponía fin a la vida del incomparable cirujano. Su figura pide un estudio entrañable, dilatado, natural, preciso, como el de su obra.

BIBLIOGRAFIA.

1. Pego Busto, A.: "Vida y obra del cirujano José Ribera y Sanz (1852-1912)" Arch. Iber. Hist. Med.; III: 205-63; Madrid, 1951
2. Iglesias Díaz, M.: Sesión necrológica celebrada en la Real Academia de Medicina por la muerte del académico numerario J. Ribera Sanz, Madrid, - 20 de enero de 1912.
3. Ribera y Sanz, J.: Estudio monográfico de Cirugía española (Obra póstuma), Madrid 1916.



FEDERICO RUBIO Y GALI

Es uno de esos hombres singulares, cuya vida llena toda una época y su obra hecha con el estudio, el trabajo y la modestia, se distancian de la de su tiempo. Rubio es el eslabón que une a Argumosa con la generación de sabios.

Nació en el Puerto de Santa Maria (Cádiz), en 1827.

Concluida su carrera en Cádiz, en 1850, pasó a Sevilla donde — compartió su ejercicio profesional con la política, a la que aplicó sus — ideas liberales. Ello le proporcionó el destierro y Francia, Inglaterra y — Estados Unidos, fueron los países por él visitados.

En 1874, ya de vuelta a Sevilla, viene a Madrid, fecha en que —

es nombrado académico de la Real Academia de Medicina de Madrid. En 1880, crea una clínica especial de Terapéutica Operatoria o alta cirugía, que - provisionalmente se estableció en el Hospital de la Princesa. Allí inicia Rubio su gran obra: la implantación en nuestro país de la enseñanza de las especialidades quirúrgicas. En 1896 comenzará a funcionar este Instituto en un edificio de nueva construcción, en la Moncloa.

Rubio realizó por primera vez en España, en 1880, la ovarioto-
mía, a la que aportó un método original para tratar el pedículo. Introdu-
ce el concepto de laparatomía exploradora. Realiza la primera resección -
intestinal con éxito e introduce el tratamiento quirúrgico de las hemo- -
rroides. Además creó un método original de producir la dilatación del ano.

Realizó en 1861 la primera histerectomía; en 1874 la primera
nefrectomía; y en 1878 la primera extirpación de la laringe.

Inició sus publicaciones en 1849, un año antes de finalizar su
Licenciatura, con un Manual de Clínica Quirúrgica; cronológicamente le si-
guen: Conversaciones sobre el cáncer; El libro chico; El Ferrando; ¿Cómo -
deben prevenirse las hemorragias en los actos quirúrgicos?; La circunci- -
sión, Estudio médico-social; La ovariotomía; Las deformidades del cuerpo -
humano; y las Reseñas de los ejercicios del Instituto de Terapéutica Opera-
toria en donde se manifiesta de forma innegable su capacidad humana y su -
modestia: "Nunca he procurado pegar ni insignificante apellido a ninguna
cosa ni operación que haya interpretado. Siento antipatía hacia la vanidad
y me burlo de la Cirugía que está plagada de nombres asociados a una aguja,
a un estilete, o a practicar, en una operación, un corte hacia arriba o ha-
cia abajo, u otra insignificante nimiedad".

Las últimas producciones literarias son obra de su senectud. - Tenía sesenta y siete años de edad, cuando publica en 1894, La Felicidad. - Primeros ensayos de Patología y Terapéutica Social. Obra firmada con el seudónimo de "Dr. Ruderico" y dedicada a Ramón Rodríguez Correa. Memorias de - niñez y juventud. Mis maestros y mi educación, así como La mujer gaditana - son obras póstumas.

Falleció el 31 de agosto de 1902, a los 75 años.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alvarez Sierra, J.: El Dr. D. Federico Rubio. Vida y obra de un cirujano genial. Madrid, 1947.
2. García del Real, E.: Historia de la Medicina en España. Madrid, 1921
3. García del Real, E.: "Don Federico Rubio y Galli". Gaceta Médica Española; II, 4: 35-6; Madrid, 1921.
4. Gutiérrez, E.: "Biografía del Excmo. e Ilmo. Sr. D. Federico Rubio y Galli". Anales de la Real Academia de Medicina, XXIII, 103-151. Madrid, - - 1903.
5. Luis y Yagüe, R.: "Don Federico Rubio y Galli"; El Siglo Médico; LXXVI: - 585-88; Madrid, 1925.
6. Marcos, L.: "Fallecimiento de nuestro Director (semblanza de Federico Rubio y Galli)"; Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas, VIII, Madrid, 1902.



FRANCISCO RUSCA Y DOMENECH

Nace en All (Cerdaña), en 1869 y muere en Barcelona en 1909; su vida fue, pues, muy breve, cuarenta años, pero durante ella dejó huella muy considerable en la cirugía de su tiempo, pues hizo la aportación original - más importante a la cirugía del aparato digestivo: su método de gastroenteroanastómosis.

Discípulo predilecto de Cardenal, al que se unió como alumno interno en el Hospital del Sagrado Corazón desde sus tiempos de estudiante, - compartía con el estudio de su otra aficción, la anatomía. Se licencia en - 1895 y su tesis presentada en Madrid en 1902, versó sobre El círculo vicioso en la gastroenteroanastómosis.

En 1905 obtiene la cátedra de Patología Quirúrgica de Barcelona. Fue académico en la Real Academia de Medicina de Barcelona y Profesor del - Hospital del Sagrado Corazón.

Entre sus más importantes publicaciones figuran: Flemones lefios; Las inyecciones intrarraquídeas de cocaína como medio analgésico; Contribución al tratamiento de la peritonitis aguda generalizada; Contribución al estudio de los tumores del cerebro; El melanoma.

Su prematura muerte la originó el contagio sufrido durante una intervención.

BIBLIOGRAFIA.

1. Gallart-Esquerdo, A.: Historia de la Gastroenterología Española. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Barcelona. 1955.
2. Garcia-Tornel Carrós, L.: La Cirugía Española en el siglo XIX. Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. Febrero de 1948.



ALEJANDRO SAN MARTIN Y SATRUSTEGUI

Cirujano nacido en Larrainzar (Navarra) en 1847, fue definido por su discípulo Goyanes como "lento y profundo en la concepción, minucioso en la representación, acudiendo con frecuencia al ensayo cadavérico y al experimento, detallista y esmerado en la ejecución".

Se licenció en Medicina en la Facultad de Madrid, en 1868.

Catedrático por oposición de Terapéutica en la Facultad de Cádiz, en 1874; ingresa en el campo quirúrgico al convertirse en 1882 en catedrático por oposición de Patología Quirúrgica.

Ingresó en la Real Academia de Medicina de Madrid, en 1888.

Su gran aportación fue a la cirugía vascular, de la que es uno de los principales fundadores al iniciar sus estudios en 1898 y crear la - anastómosis arterio-venosa que debería llevar su nombre pero que en la Historia Universal se conoce con el de Wieting.

Contribuyó a la cirugía gástrica de forma restringida, pues se limitó a introducir en España la gastroentostomía fistulizada de Witzel. - Fue un firme partidario de la sutura intestinal e introdujo un método de - enteroanastómosis, que denominó secuestración intestinal. Creó un ano artificial subilíaco y un método no muy afortunado del tratamiento de las hernias. Pero sin duda, su obra más importante en la cirugía intestinal fue - el defender dogmáticamente el tratamiento quirúrgico urgente de la apendicitis aguda.

Entre su obra original hay que recordar: La extirpación extra-bucal de la lengua; La resección del maxilar superior; La escisión esfeno-
dal de dentro afuera en la extirpación del ganglio de Gasser; La incisión
trilínea y resección romboidea en la toracoplastia; Su técnica para el -
tratamiento de epispadias; su método de amputación osteoplástica de las ex-
tremidades; su cura oclusiva para los traumatismos de cualquier etiología;
y la creación de unas pinzas quirúrgicas.

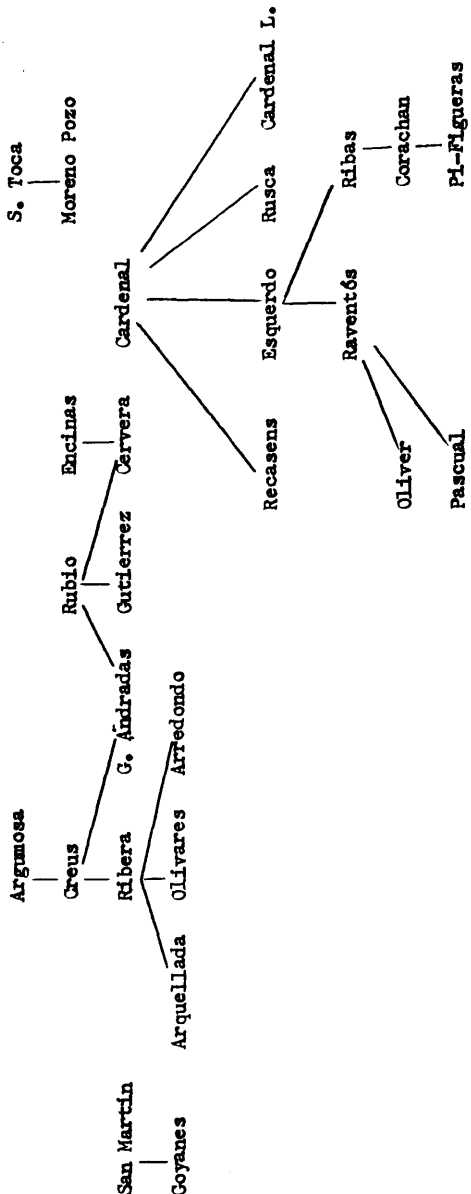
Falleció en Madrid en 1908, siendo su obra motivo de elevación de la cirugía del siglo XIX y su testamento una prueba de apasionado cariño a su profesión.

BIBLIOGRAFIA.

1. Cortezo, C.M.: "D. Alejandro San Martín". El Siglo Médico, 55: 722-724. 1908.

2. Cortejarena: "El Dr. D. Alejandro San Martín y Satrústegui". El Siglo Médico, 55: 724-726, 1908.
3. Gimeno y Cabañas, A.: Alejandro San Martín. Antología del profesor Amalio Gimeno y Cabañas, 691-98. Madrid, 1935.
4. Goyanes Capdevila, J.: "El Dr. Alejandro San Martín"; Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas; XX: 321-26; Madrid, 1908.
5. Goyanes Capdevila, J.: San Martín y su Obra. Madrid s.a.
6. Martín de Prados, A.: Alejandro San Martín Satrústegui. Su aportación a la Cirugía. XV Congreso Internacional de Historia de la Medicina. Madrid, 1956.
7. Ribera Sanz, J.: "Biografía del Excmo. e Ilmo. Sr. Doctor Don Alejandro San Martín y Satrústegui. Académico numerario que fué". Anales de la Real Academia de Medicina; XXIX, 180-216; Madrid, 1909.

LA CIRUGIA GASTROINTESTINAL EN ESPAÑA.— PRINCIPALES ESCUELAS



CONCLUSIONES

Al preguntarnos por los orígenes históricos de la Cirugía gastrointestinal en España, y en busca de la réplica, comenzamos nuestra investigación sobre las características históricas y sobre el saber quirúrgico general de la época, ya que sin conocer el ambiente no podíamos justipreciar nuestros hallazgos. Averguamos la forma y el momento en que la Cirugía gastrointestinal se incorpora a nuestra ciencia y su evolución a lo largo del período estudiado. Para que nuestra exposición sobre cada — punto concreto nos permita llegar a consecuencias rigurosas, analizamos — mediante un breve resumen el estado de dicha cuestión en la época. Buscamos las contribuciones originales y, desde la inevitable subjetividad, valoramos objetivamente lo que para nuestra Cirugía y para la universal — significaban, evitando así el riesgo, por igual, de convertirlas en hechos fantásticos o de arrinconarlas. Completamos nuestra exploración en — la recopilación del instrumental quirúrgico, relacionado con esta cirugía que fuese original.

Este estudio desapasionado, así realizado, nos lleva a cierto número de conclusiones:

1º. Nuestra ciencia va a sufrir una profunda transformación a finales del XIX, pues el científico español deja de aparecer como un inadaptado social, y su obra va a tener continuidad. Ello significa que nacen las escuelas de Cirugía; la catalana tiene su origen en SALVADOR CARDENAL, y la madrileña está representada por RUBIO, RIBERA y SAN MARTÍN.

2º. La Cirugía del aparato digestivo, se va a ir demarcando a medida que brotan las especialidades de lo que se ha dado en llamar Cirugía abdominal, hecho que ocurre a finales del XIX.

3º. El desarrollo de la cirugía abdominal, y por tanto de la digestiva, precisó del dominio de la vía de acceso a las vísceras contenidas en la cavidad abdominal. Tal dominio se consolidó con la práctica de la ovariotomía, para cuya ejecución lleva a cabo el cirujano sus primeras laparotomías.

4º. Fue Federico RUBIO, en 1863, el primer cirujano que realizó una ovariotomía, y SALVADOR CARDENAL, en 1881, el que con tal intervención consigue el primer éxito en Barcelona.

5º. RUBIO creó un procedimiento original para el tratamiento del pedículo ovárico, mediante una ligadura que, a la vez que hemostática, producía su momificación.

6º. Podemos considerar el año 1885 como la fecha en que la ovariotomía es una operación definitivamente juzgada.

7º. El paso siguiente será aceptar la laparotomía exploradora como conquista de la cirugía moderna, y son RUBIO, RIBERA, CARDENAL, ESQUERDO y FARGAS, los cirujanos que con sus escritos y con una cirugía activa hicieron más para introducirla.

8º. RUBIO, en 1881, es el primer cirujano que realizó en nuestro país una laparotomía exploradora.

9º. La principal aportación española a la técnica de la laparotomía, es obra de RIBERA, que creó la laparotomía osteoplástica. Publicada en 1903, y puesta en práctica en 1911, es hoy en día conocida injustamente con el nombre de BAUDET y NAVARRO.

Otras aportaciones menores son el cierre de las laparotomías por el método de RIBERA, la sutura perdida temporaria de RAVENTOS, la sutura metálica en un solo plano de ORTIZ DE LA TORRE y las suturas originales de CERVERA y de GOYANES.

10°. Nuestra cirugía gástrica inicia el tratamiento quirúrgico científico, de la mano de MADRAZO, que en 1892 publica la primera gastrostomía realizada en nuestro país. La aportación española al intento de solucionar la continencia de la gastrostomía, es nula.

11°. Cuando la gastrectomía llega a nuestro país, se caracteriza por ser una cirugía que se encuentra en fase de consolidación y perfeccionamiento; la pilorectomía ha sido reemplazada por resecciones gástricas amplias, y los cirujanos se encuentran divididos entre los partidarios de las gastrectomías y los de la gastroenteroanastomosis.

12°. De la primera pilorectomía realizada en España, sólo se tiene noticia indirecta e incompleta. Su autor fue LEOPOLDO RAMONEDA. Así la primera pilorectomía de la que existe constancia fue la realizada por GUTIERREZ, en 1897, y el primer caso de supervivencia fue obra de RIBERA en 1899. Este autor debe ser considerado como el introductor de la gastrectomía, ya que consiguió la estadística más importante de su época.

13°. RECASSENS inaugura la práctica de la gastrectomía total en 1902. El criterio actual, impide otorgar tal denominación a los casos de RIBERA y CERVERA.

14°. La introducción en nuestro país de la gastroenterostomía es obra de la escuela catalana, que inicia SOJO en 1892, y que en CARDENAL encuentra su mayor divulgador.

15°. MORALES, en 1896, es el primero que usó en España el botón de MURPHY en la confección de la gastroenteroanastómosis. ESTAPE, en 1910 — trató de rehabilitar este procedimiento.

16°. La aportación española a la técnica de la gastrectomía fue nula, si bien merece recordarse que JIMENEZ GARCIA practicó una gastrectomía en el Hospital de San Carlos de Madrid, que nueve años después reglamentaría SCHOENMAKER, y que RAVENTOS dió a conocer en 1898 un método para restablecer la continuidad digestiva después de la pilorectomía, mediante una — gastroenteroanastómosis en Y de ROUX. No llegó a ponerlo en práctica, pero es anterior a los procedimientos creados por ROUX en 1901, RYDYGIER en 1904 y MOSKOWICZ en 1908.

17°. El método de RUSCA de gastroenteroanastómosis, que creemos debe pasar a la historia de la Medicina con la denominación de RUSCA-CARDENAL, es la aportación española más importante, pues si bien constituye un — procedimiento no del todo original, desde su fecha de creación, en 1903, — fue el método usado por nuestros cirujanos hasta 1929, fecha en que definitivamente la gastrectomía desplaza a la gastroenteroanastómosis.

18°. GOYANES creó un método original de gastroenteroanastómosis que apenas tuvo aplicación, pues en la fecha que lo puso en práctica, no — existían apenas indicaciones para tal técnica.

19°. De ORTIZ DE LA TORRE proviene la recomendación de obliterar el píloro en la gastroenteroanastómosis, con el fin de evitar los trastornos dispépticos.

20°. A SAN MARTIN, GOYANES y ORTIZ DE LA TORRE se les ocurrió - aplicar la gastroscopia como complemento diagnóstico durante el acto operatorio, convirtiéndose en pioneros de una técnica que cuarenta años más tarde BENEDIT hará conocida.

21°. Original de CARDENAL es una pequeña maniobra, que simplifica la realización de la anastómosis gastro-yeyunal. Maniobra que se sigue - hoy usando y tiene tanta validez como olvido su autor.

22°. El método de ALVAREZ para el tratamiento de la úlcera gástrica, ideado en 1897, carece hoy de valor, pero es preciso adjudicarle el mérito de ser una de las primeras intervenciones que otorgan al sistema nervioso importancia capital en la patología de la úlcera.

23°. La aportación española al desarrollo de la sutura intestinal fue iniciada por ARGUMOSA, que creó una modificación al método de DE- NANS, e ideó la sutura de colchonero. La sutura de CALL no pasó de la aplicación experimental. Ninguno de estos métodos tuvo supervivencia, porque la sutura de LEMBERT se hizo segura al amparo de la asepsia.

24°. La cirugía intestinal con base científica no nace hasta - que la laparotomía permite abrir el abdomen y buscar la lesión, hecho que - no ocurre hasta el Congreso Médico de Barcelona en 1888, en el que tal actitud es aceptada unánimemente, pues hasta entonces la actuación quirúrgica - sobre el intestino se realizaba en casos excepcionales y en la forma que lo hacían los cirujanos preantisépticos.

25°. A PULIDO débese el mérito de haber puesto en claro los conceptos sobre la obstrucción intestinal y a ESQUERDO, ROBERT y RIBERA el conseguir que los métodos quirúrgicos no se apliquen tardíamente en esta afección.

26º. El primer caso recogido de ano preternatural, practicado en nuestro país como operación sintomática de la obstrucción intestinal, - es el publicado por GREUS en 1878.

27º. AUBER es el primer cirujano del mundo que diseñó un aparato, el obturador enterotómico, con el que pretendía convertir el ano artificial en continente.

28º. La creación, por SAN MARTIN, de su método de colostomía o ano artificial subilíaco, y por GOYANES, en 1905, de su colostomía perineal retróptica, hablan del alto nivel de nuestra cirugía intestinal y demuestran que no estuvimos ausentes en la búsqueda de un procedimiento - de colostomía continente.

29º. SAN MARTIN es el importador e introductor de la enteroanastomosis denominada secuestración intestinal, que tuvo su indicación - más precisa en el tratamiento de las fistulas estercóreas.

30º. El primer caso de resección intestinal seguida de éxito, lo realizó RUBIO en 1888, y la primera resección por cáncer fue obra de - CARRILLO CUBERO, en 1904, si bien la cirugía del cáncer de colon pertenece a un periodo posterior.

31º. La aportación original española a la técnica de la resección intestinal corresponde al estilo de la época, es decir, la búsqueda de un botón anastomótico perfecto. MARTIN GIL es el autor de los discos - de marfil descalcificados, que sólo llegó a aplicar experimentalmente.

32°. Sin contar otras variaciones insignificantes, hemos recopilado entre 1870 y 1914 diez métodos originales de herniorrafia, significando con ello que participamos de forma muy activa en la búsqueda de un método perfecto de tal intervención.

33°. La transformación de la apendicitis aguda en enfermedad quirúrgica se realizó en nuestro país de forma directa, activa y simultáneamente con el resto de Europa. La primera apendicectomía en fase aguda fue operada en 1892 por GARCIA ANDRADAS.

34°. JUAN BRAVO y SAN MARTIN, son los cirujanos que más se distinguieron en defender dogmáticamente que la apendicitis aguda carece de tratamiento médico racional.

35°. Las anomalías y deformidades del recto fueron perfectamente descritas por ARGUMOSA. RIBERA, basándose en su elevada estadística, -- creará una clasificación original.

36°. RUBIO es el cirujano que importa e introduce los tratamientos quirúrgico y esclerosante de las hemorroides.

37°. También RUBIO modificó la técnica de dilatación anal que -- había ideado RECAMIER.

38°. Como tratamiento de fístula perianal, hemos reunido doce métodos originales.

39°. La originalidad española en lo que al tratamiento de la estrechez rectal se refiere fue obra de RIBERA, GOYANES y MARTINEZ SUAREZ. La

rectotomía en abanico de RIBERA, hoy día abandonada, fue en su tiempo una técnica útil que gozó de popularidad.

40°. A RAVENTOS corresponde el mérito de haber ideado en 1911 la extirpación supraesfinteriana del recto, método que deja indemne el esfínter, con el fin de evitar la enfermedad constituida por el ano ílfaco.

41°. Gracias a la Cirugía gastrointestinal, a principios de nuestro siglo se producen dos hechos: el primero, que el médico general - que hasta entonces practicaba intervenciones quirúrgicas de modo ocasional, va a perder esta actitud poco a poco, ya que la intervención adquiere complejidad. El otro hecho es el nacimiento del concepto de urgencia o imperiosa necesidad de aplicar una operación que ni admite demora ni tratamientos médicos de prueba.

42°. En nuestro país, la ejecución de modificaciones y diseños de nuevas formas de instrumental tropezó con falta de talleres, obreros y fabricantes. Ello hace más estimable a las creaciones, que los cirujanos de ésta época ingeniaron, en relación con la cirugía gastrointestinal. La valva abdominal de Rusca, la valva de Cardenal, el separador de Ortiz de la Torre, la pinza de San Martín, el clamp intestinal de Martín Gil y el coprostato de Ortiz de la Torre fueron las aportaciones más importantes.

43°. Hemos finalizado este estudio de los orígenes históricos de la cirugía gastrointestinal, con una breve reseña de los datos biográficos de sus creadores, que nos permite ofrecer una última conclusión, ya

sospechada por el estudio de su obra: la gran enseñanza de que el acto quirúrgico constituye un hecho personal, en el que el cirujano es el máximo - responsable del destino del enfermo; y este sentido humano de responsabilidad, exige el contacto personal y no admite el anonimato.

207

BIBLIOGRAFIA

I - BIBLIOGRAFIA CITADA EN EL TEXTO.

1. Historia Universal de la Medicina, edit. Salvat, dirigida por Lahn En tralgo (en adelante citaré H.U.M.). Tomo VI, Barcelona, 1974
2. Peset, J.L.: H.U.M., pág. 298
3. Albarracín Teulón, A.: H.U.M., pág. 315
4. Escribano y García, V.: Discurso leído en la solemne inauguración del curso académico de 1916 a 1917, pág. 72. Universidad de Granada, 1916
5. San Martín, A.: "La Medicina Española ante los ingleses y los alema— nes"; El Siglo Médico; XIX: 66-68; Madrid, 1872
6. López Piñero, J.M.; García Ballester, L.; Faus Sevilla, P.: Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX, Sociedad de estudios y publica ciones. Madrid, 1964.
7. Usandizaga, M.: Historia del Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid (1787-1828). C.S.I.C. Madrid, 1943
8. Albarracín Teulón, A.: "La Titulación Médica en España durante el si— glo XIX". Cuadernos de Historia de la Medicina española; XII: 15-80;- 1973
9. Albarracín Teulón, S.: "La profesión médica ante la sociedad española del siglo XIX"; Asclepio; XXV: 303-316; 1974

10. Méndez Alvaro, V.F.: Breves apuntes para la historia del periodismo médico y farmacéutico en España. Madrid, 1883
11. López Piñero, J.M.; García Ballester, L.; Faus Sevilla, P.: loc. cit; pág. 68
12. Comenge y Ferrer, L.: La Medicina en el siglo XIX (apuntes para la Historia de la cultura médica en España). Edit. J. Espasa. Barcelona 1914
13. López Piñero, J.M.: García Ballester, L.; Faus Sevilla, P.: Loc. cit. pág. 79.
14. Gutiérrez E.: "Biografía del Excmo. e Ilmo. Sr. D. Federico Rubio y Gali". Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; XXIII: 126. -- 1903
15. Comenge y Ferrer, L.: loc. cit; pág. 452
16. San Martín, A.: Cirugía del Aparato Circulatorio. Discurso de la sesión inaugural en la Real Academia de Medicina de Madrid. 1902
17. Riera, J.: La Introducción en España del método antiséptico de Lister. Acta histórico-médica vallisoletana. Monografía I: pág. 38. Valladolid 1973
18. Rubio y Gali, F.: "La ovariectomía en España". El Siglo Médico; X: 687-90. 1863
19. Riera, J.: loc. cit. pág. 21
20. Méndez Alvaro, V.F.: loc. cit.
21. Comenge y Ferrer, L.: loc. cit.

22. Laín Entralgo, P.: Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea. — Edit. Científico-Médica. Barcelona, 1963
23. Riera, J.: Loc. cit.
24. Cardenal Fernández, S.: Discurso de contestación al ingreso de Manuel Corachán y García como académico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, pag. 40. 1925
25. Cardenal Fernández, S.: id. id., pág. 41
26. Usandizaga, M.: Historia de la obstetricia y Ginecología en España; página 285. Santander, 1944
27. Gutiérrez, E.: "Biografía del Excmo. e Ilmo. Sr. D. Federico Rubio y Gali". Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; XXIII: 110. — 1903
28. "Hospital de la Princesa. Instituto de Terapéutica Operatoria". El Siglo Médico; XXVII: 644. 1880
29. S.E.: "El Hospital de la Princesa". Boletín de Cirugía, Medicina y Farmacia (en adelante citaré B.M.C.F.); 141: 293. Madrid, 1853
30. "Instituto de Terapéutica Operatoria". El Siglo Médico; XLIII: 762-64; 1896
31. "Hospital de la Princesa. Instituto de Terapéutica Operatoria". El Siglo Médico; XXVII: 645. 1880
32. Gutiérrez, E.: "Biografía del Excmo. e Ilmo. Sr. D. Federico Rubio y Gali". Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; XIII: 113. — 1903

33. "Hospital de la Princesa. Instituto de Terapéutica Operatoria". El Siglo Médico; XXVII: 644. 1880
34. Rubio, F.; Ariza y Espejo, R.; Buisen, S.; Gutiérrez, E.: Reseña del — tercer ejercicio del Instituto de Terapéutica Operatoria. Pág. 19. Madrid, 1883
35. Rubio, F.; Ariza y Espejo, R.; Buisen, S.; Reseña del segundo ejercicio del Instituto de Terapéutica Operatoria. Madrid, 1882
36. Marqués del Busto: La Cirugía del presente y los cirujanos del pasado. Memoria que con motivo de la inauguración de un quirófano en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid, fue leída en el acto solemne de la coronación de una lápida conmemorativa en honor de los doctores Diego de Argumosa, el Marqués de Toca y el Marqués de San Gregorio. Madrid, 1892
37. Sanchez y Rubio, E.: "El quirófano o nueva sala de operaciones de la Facultad de Medicina de Madrid". Revista de Medicina y Cirugía práctica (en adelante citaré R.M.C.P.); 32: 66-75. 1893
38. Oriol Casassas: La Medicina Catalana del segle XX. Ediones 62. Barcelona 1970
39. Jimeno Egurvide, M.: Prontuario de Cirugía aséptico-antiséptica. La Cirugía moderna: sus principios, procedimientos y resultados; pág. 74. Barcelona, 1890
40. Oriol Casassas: loc. cit. pág. 50
41. Fargas Roca, M.: Anuario de la Clínica del doctor Fargas. Año primero de su publicación y noveno de la fundación de la Clínica. Barcelona, 1892

42. Altabas, J.: "Una sala de operaciones en la Casa de Curación Quirúrgica del Dr. Cardenal". El Siglo Médico; XXXVII; 458-60, 1890. Ibid., - XXXVII: 473-75; 1890
43. Rodríguez-Morini, A.: "La nueva Facultad de Medicina y el Hospital — Clínico de Barcelona". Gaceta Médica Catalana; nº 661: 5-11; Barcelona, 1905; Ibid. 662: 33-40; 1905; Ibid. 663: 65-71; 1905; Ibid. 664: 97-102; 1905
44. Villalonga y Casañes, F.: "Estudio del Hospital de San Pablo". Gaceta Médico Catalana; 746: 41-49; Barcelona, 1908; Ibid, 747: 88-95, 1908
45. Gracia Guillén, D.: H.U.M., pág. 269
46. Del Rfo y Mozas, A.: Estudio sobre la operación de ovariectomía. Madrid, 1885
47. Del Rfo y Mozas, A.: loc. cit.
48. Le Fort, L.: Manual de Medicina operatoria. Traducción de Corominas y Sabater. Tomo II, pág. 361. Barcelona, s.a.
49. Le Fort, L.: Loc. cit. pág. 361
50. Fargas y Roca, M.: Primera serie de diez ovariectomías. Barcelona 1886
51. Sánchez Arcas, R.: "Historia de la Ginecología. Datos adicionales a nuestro artículo. La ovariectomía en España". Toco-ginecología práctica; 34: 503-508; 1975
52. Rubio y Gali, F.: "La ovariectomía en España". El Siglo Médico; X: 687-690. 1863

53. Rubio, F.; Ariza y Espejo, R.; Buisen, S.: loc. cit. pág. 22
54. Pulido Fernández, A.: Operaciones de ovariectomía practicadas en España
Discurso leído en la sesión inaugural del año académico de 1880-1881,-
de la Sociedad Ginecológica española. Madrid, 1880
55. Riera, J.: loc. cit. pág. 31
56. Altabás, J.: Tumores del ovario. La ovariectomía en Barcelona, con un -
apéndice sobre la laparotomía por traumatismo. Madrid, 1890
57. Altabás, J.: id. id. pag. 97.
58. Fargas Roca, M.: "Breves comentarios a mis primeras doscientas laparotomías". Acta de la sesión pública ordinaria celebrada el día 22 de mayo de 1895. Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.
59. Altabás, J.: Tumores del ovario. La ovariectomía en Barcelona, con un -
apéndice sobre la laparotomía por traumatismo. Pág. 94, Madrid, 1890
60. Cardenal Fernández, S.: Progresos de la Cirugía en el presente siglo.-
Discurso leído en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, s.a.
61. Cardenal Fernández, S.: Manual práctico de Cirugía antiséptica. Edit.
Espasa, 2ª edición. Barcelona, 1887
62. Le Fort, L.: loc. cit.
63. Rubio y Gali, F.: "La ovariectomía en España". El Siglo Médico; X: 687
690. 1863
64. Cardenal Fernández, S.: Manual práctico de Cirugía antiséptica, pág.
585. Edit. Espasa, Barcelona, 1887

65. Rull y Artós: Necrología y dos artículos doctrinales: el miedo al peritoneo; la operación de Alexander Adams, del doctor D. Santiago de Rull y Artós (s.p.d.i.) (necrología ... leída en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, el 22 de diciembre de 1887, por Miguel A. Fargas).
66. Ortega y Jiménez, A.: "Indicaciones de la laparotomía supraumbilical".- Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid. XXIII: 292. Madrid, 1903
67. Greus Manso, J.: La superficies de las cavidades cerradas desde los puntos de vista anatómico, fisiológico, patológico y quirúrgico. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Madrid. 1882
68. Greus Manso, J.: "Discurso acerca de la laparotomía en la Real Academia de Medicina". Anales de la Real Academia de Medicina; V: 541. Madrid, 1884
69. Ribera Sanz, J.: Reflexiones acerca de la laparotomía, fundada en algunos hechos clínicos. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Madrid, 1894
70. Vicente Martínez, M.: "Herida penetrante de vientre, hecha en el hipocóndrio izquierdo con instrumento vulnerante: salida de una porción de omento: escisión de éste; complicación de una peritonitis traumática - curada con el ungüento de mercurio terciado, después de haber usado infructuosamente los antiflogísticos". B.M.C.F.; 56: 25-26. 1847
71. Congreso de Ciencias Médicas de Barcelona, celebrado del 9 al 15 de septiembre de 1888. Imprenta de J. Balmas. Barcelona, 1889

72. Cardenal Fernández, S.: "Indications de l'intervention chirurgicale - dans les affections de l'estomac". XIV Congres International de Medicine, Madrid, 1903
73. Fargas Roca, M.: Anuario de la Clínica Privada del Dr. Fargas. Ano primero, Barcelona, 1892
74. Fargas Roca, M.: Anuario de la Clínica Privada del Dr. Fargas. Barcelona, 1898
75. Cardenal Fernández, S.: Discurso de contestación al leído por el Dr. Fargas, con motivo de su ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. Pag. 71; Barcelona, 1894
76. Fargas Roca, M.: Patogenia y tratamiento de las consecuencias inmediatas de la laparotomía. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, pág. 54; Barcelona, 1894
77. De Sojo, F.: Principios fundamentales de la cirugía abdominal. Discurso inaugural en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. 1893
78. Fargas Roca, M.: Patogenia y tratamiento de las consecuencias inmediatas de la laparotomía. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, pág. 50; Barcelona, 1894
79. Cardenal Fernández, S.: Manual práctico de Cirugía Antiséptica. Edit. España, 2ª edición, pag. 583. Barcelona, 1887
80. Cardenal Fernández, S.: Discurso de contestación al leído por el Dr. Fargas, con motivo de su ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, págs. 74-75. Barcelona, 1894

81. Rubio Gali, F.: Como deben prevenirse las hemorragias en los actos quirúrgicos. Discurso de ingreso en la Real Academia de Madrid. 1894
82. Rubio Gali, F.: "Indicaciones acerca del drenaje en la terapéutica operatoria". El Siglo Médico; XXVII: 725-726; 1880
83. Rubio Gali, F.: "Indicaciones sobre el uso de las esponjas como medio terapéutico". El Siglo Médico; XXVII: 708-709; Madrid, 1880
84. Rubio Gali, F.: "Fibroma telangiectásico de la matriz y ascitis. Laparotomía y extirpación de la Matriz". El Siglo Médico; XXVIII: 22-27. 1881
85. Rubio Gali, F.; Ariza y Espejo, R.; Buisen, S.; loc. cit.
86. Rubio, F.; Ariza y Espejo, R.; Buisen, S.; Gutiérrez, E.; loc. cit.
87. Championniere: "Laparotomía". Sociedad de Cirugía de París. Sesión de - julio de 1885. R.M.C.P.; XVII: 435; 1885
88. Cardenal Fernández, S.: Manual práctico de cirugía antiséptica. Edit. - España, 2ª edición, pág. 178. Barcelona, 1887
89. Comenge y Ferrer, L.: Bocetos Médicos; pág. 131. Barcelona, 1893
90. Guedea y Calvo, L.: "Inauguración del Curso de 1907 a 1908, en la Cátedra de Patología y Clínica quirúrgica". El Siglo Médico; 54: 674-677. - 1907
91. Ribera Sanz, J.: "Once casos de laparotomía". R.M.C.P.; 30: 360-364. - 1882
92. Ribera Sanz, J.: "Estadística de las operaciones quirúrgicas". Anales - de la Real Academia de Medicina de Madrid; XXV: 78; 1895

93. Fargas Roca, M.: Breves comentarios a mis primeras doscientas laparotomías. Acta de la sesión pública ordinaria celebrada el día 22 de mayo de 1895. Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.
94. Esquerdo, A.: Comentarios al tema del Dr. Fargas sobre sus doscientas primeras laparotomías. Actas de la sesión pública ordinaria celebrada en día 29 de mayo de 1895. Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.
95. Fargas Roca, M.: Patogenia y Tratamiento de las consecuencias inmediatas de la laparotomía. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, pág. 54; Barcelona, 1894
96. Ustariz: "Patogenia, diagnóstico e indicaciones terapéuticas de los tumores útero-ováricos". Anales de cirugía; 13: 7-13, 1883
97. Mathieu; Seucer y Tuffier: Traité medico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'esophage; pág. 853-61. París, 1913
98. Ribera Sanz, J.: "Algunas consideraciones acerca de una serie de quince gastrectomías". R.M.C.P.; XXVII: nº 783: 94. 1903
99. Kirschner; Guleke; Zenker: Tratado de Técnica operatoria. Tomo VII, — pág. 98. Edit. Labor. Barcelona, 1954
100. Erichsen, E.J.: La ciencia y el arte de la Cirugía o Patología y Clínica quirúrgica. Tomo V, pág. 71. Madrid, 1886
101. Ribera Sanz, J.: Estudios monográficos de Cirugía española (obra póstuma). pág. 449-50. Madrid, 1916

102. Raventós, A.: "Progresos de la asepsia operatoria. Consideraciones - prácticas sobre la misma". Revista de Medicina, Cirugía y Farmacia.- XII: 353-65. Barcelona, 1898
103. Ortiz de la Torre, J.: "La sutura metálica en un solo plano en las - laparotomías". Actas del Segundo Congreso Español de Cirugía. pág. - 104-105. Madrid, 1909
104. Cervera, E.: Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; XXIII 225. 1903
105. Goyanes Capdevila, J.: "Un nuevo método de sutura profunda temporal con preferente aplicación a la cura radical de las hernias inguina- les". Actas del Segundo Congreso Español de Cirugía, pág. 316. Ma- - drid, 1909
106. García Torres, R.: "Herida del estómago: complicación con parte de - salida del omento: curación". B.M.C.F.; 25: 196-197; 1846
107. Rodríguez Carreño, M.: "Herida penetrante del abdomen. Curación a - los veintiseis días". El Siglo Médico; XII: 198-199. Madrid, 1865
108. Bofill, J.M.: "Estrechez del esófago. Gastrostomías". (Gaceta Sanita- rias de Barcelona). Tomado de R.M.C.P. 30: 433-434; 1892
109. Sedillot: Contributions a la Chirurgie, tomo II, pág. 405, París - - 1868
110. Sydney, J.: "Gastrostomy for stricture (cancerous) of oesophagus - - dath from bronchitis forty days after operation". Lancet 1: 678-79.- 1875

111. Verneull, I.M.: "Observation degastrostomie pratiquée avec succes - pour un retrecissement cicatriciel infranchissable de l'aesophage".- Bull. Acad. Med.; 5: 1023-1037; 1876
112. Ribas y Ribas, E.: "Indicaciones en las estrecheces cicatriciales — del esófago de origen caústico". Revista de Medicina, Cirugía y Farmacia, pág. 81, Barcelona, 1898
113. Bofill, J.M.: "Estrechez del esófago. Gastrostomia". Tomado de Gaceta Sanitaria de Barcelona) R.M.C.P. 30: 433-434; 1892
114. Bofill, J.M.: "Estrechez del esófano. Gastrostomia". Tomado de Gaceta Sanitaria de Barcelona) R.M.C.P. 30: 433-434; 1892
115. Pombo, L.: "Un caso de gastropexia seguido de gastrotomia". (Unión — Médico-Farmacéutica). Tomado de R.M.C.P. 37: 104-105; 1895
116. Raventós, A.: "Algo sobre estrecheces esofágicas consecutivas a la intoxicación clorhídrica". Revista de Medicina, Cirugía y Farmacia; XI: 33-44; Barcelona, 1897
117. Ribera Sanz, J.: Algunas reflexiones acerca de la cirugía gástrica. - Discurso leído en la Real Academia de Medicina de Madrid, en la sesión inaugural de 1907; pág. 207.
118. Chalot, V.: Tratado Elemental de Cirugía y Medicina Operatoria. Pág.- 599; Edit. Espasa. Barcelona, 1899
119. Corachán, M.: Cirugía gástrica; tomo II, pág. 232; Edit. Salvat. Barcelona, 1943
120. Serret, R.: "Resección del estómago a causa de un tumor canceroso"; - El Siglo Médico; XXVIII: 155-156. 1881

121. Cardenal Fernández, S.: "Indications de l'intervention chirurgicale - dans les affections de l'estomac". XIV Congrès International de Médecine. Séance du 25 avril. Madrid, 1903
122. Albarracín Teulón, A.: H.U.M., tomo VI, pág. 315
123. Ribera y Sanz, J.: "Revista de Cirugía: VII: Resección del estómago y del intestino". R.M.C.P.; 27; 251. 1890
124. Jiménez García, R.: Medios modernos de diagnóstico precoz del cáncer de estómago. Discurso leído en la solemne sesión inaugural del año — 1919, en la Real Academia de Medicina de Madrid.
125. Id. id.
126. Id. id.
127. R.M.C.P.; 13: 157; 1883
128. P.: "Operaciones sobre el pfloro". El Siglo Médico; XXXII: 606-609; - 1885
129. Terrier y Hartmann: Chirurgie de l'estomac. París, 1899
130. P.: "Operaciones sobre el pfloro". El Siglo Médico; XXXII: 606-609; - 1885
131. R.M.C.P.; 31: 151-152; 1892
132. R.M.C.P.; 81: 31; 1908
133. Jiménez García, R.: Medios modernos de diagnóstico precoz del cáncer de estómago. Discurso leído en la solemne sesión inaugural del año - - 1919, en la Real Academia de Medicina de Madrid.

134. "Unter der herrschaft des messers. Ein Mahuwort von einem Freunde or Leidenden Menschheit. Wien, 1892 (citado por Cardenal, S. "Indications de l'intervention chirurgicale dans les affections de l'estomac").
135. Ribera Sanz, J.: "Biografía del Excmo. e Ilmo. Sr. Doctor D. Alejandro San Martín y Satrustegui". Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; XXIX: 212; 1909
136. Gutiérrez, E.: "Comunicación sobre un caso de pilorectomía". Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; XVIII: 77-78. 1898
137. Revista de Medicina, Cirugía y Farmacia de Barcelona; 278-279. 1898
138. Ribera Sanz, J.: "Extirpación casi total del estómago. Curación". -- R.M.C.P.; 44: 521-530; 1899; Ibid, 44: 601-608; 1899; Ibid, 44: 641-652; 1899
139. Ribera Sanz, J.: Estudio monográfico de cirugía española (obra póstuma). Madrid, 1916
140. Guedea, L.: "Historia de una operación de gastrectomía". El Siglo Médico, XX: 225; 1900
141. Ribera Sanz, J.: "Algunas consideraciones acerca de unas quince gastrectomías"; XIV Congreso Internacional de Medicina; Madrid, 1903
142. Jiménez García, R.: "La gastrectomía en el carcinoma gástrico". XIV Congreso Internacional de Medicina; Madrid, 1903
143. Bravo y Coronado, J.: "Varios casos de pilorectomía por tumor pilórico". XIV Congreso Internacional de Medicina; Madrid, 1903

144. Cardenal Fernández, S.: "Indications de l'intervention chirurgicale - dans les affections de l'estomac". XIV Congrès International de Médecine. Madrid, 1903
145. Ribera Sanz, J.: Algunas reflexiones acerca de la cirugía gástrica. - Discurso leído en la sesión inaugural del año 1907 en la Real Academia de Medicina de Madrid.
146. Ribera Sanz, J.: Estudio monográfico de cirugía española (obra póstuma), Madrid, 1916
147. Ribera Sanz, J.: "Algunas consideraciones acerca de una serie de quince gastrectomías"; R.M.C.P.; 27: 103; 1903
148. Cardenal Fernández, S.: "Indications de l'intervention chirurgicale - dans les affections de l'estomac". XIV Congrès International de Médecine. Madrid, 1903
149. Ribera Sanz, J.: Algunas reflexiones acerca de la cirugía gástrica. - Discurso leído en la sesión inaugural del año 1907 en la Real Academia de Medicina de Madrid.
150. Terrier y Hartmann: loc. cit.
151. García Hurtado, S.: "Un caso de extirpación total de estómago". El Siglo Médico; 48: 749-750. 1901
152. Recasens, S.: "Ablación total del estómago". Gaceta Médica Catalana; XXV: "57-261; 1902
153. Cardenal Fernández, S.: "Indications de l'intervention chirurgicale - dans les affections de l'estomac". XIV Congreso Internacional de Medicina, Madrid, 1903

154. Albarracín Teulón, A.: "H.U.M.," tomo VI, pág. 315
155. R.M.C.P.; 30: 390, 1906
156. Couvoisier, "Gastro-enter. Nach Wölfler bei inop. Pyloruscarcin". --
Centr. Blat. f. Chir. Leipzig, nº 49, 1883 (citado por Gonzalez Camo.
Tratamiento quirúrgico de las enfermedades del estómago). Madrid, 1906
157. V. Hacker: "Zur cas. u. Statistik der Magen. und Gastro-enteros". Archiv f. Klin. chir. Berlín, 1885, t. XXXII (citado por Gonzalez Campos. Tratamiento quirúrgico de las enfermedades del estómago). Madrid 1906
158. Braum: Archiv. f. Klin. Chir. Berlín, 1893, t. XLV (citado por González Campos. Tratamiento quirúrgico de las enfermedades del estómago). Madrid, 1906
159. Roux: "De la gastro-enter". Revue de gyn et de chir. abdom. Paris, -- 1897. (citado por González Campos. Tratamiento quirúrgico de las enfermedades del estómago). Madrid, 1906
160. Ribas Perdigué, M.: "Tratamiento radical de la gastro-ectasia por estrechez pilórica". Gaceta Médica Catalana; XV; 673-83. 1892
161. Falgar, V.: "Indicaciones y resultados de la gastroenterotomía". Revista de Medicina y Cirugía; 12: 713-751. Barcelona, 1902
162. Id. id.
163. Id. id.

164. Cardenal Fernández, S.: "Indications de l'intervention chirurgicale - dans les affections de l'estomac". XIV Congreso Internacional de Medicina, Madrid, 1903
165. Ribera Sanz, J.: "Cirugía gastrointestinal". R.M.C.P.; 42: 417-429; - 1899; Ibid., 42: 457-466; 1899
166. Berruero, J.: "Sobre un caso de gastroenterostomía". Congreso Hispano Portugués de Cirugía y sus especialidades naturales; pág. 201-205. Imprenta Agudo. Madrid, 1898
167. Lozano, R.: ¿Gastrectomía o gastroenterostomía? (mi experiencia personal en 173 casos operados por gastropatías). Madrid, 1916
168. G. Campo, J. y Bravo, J.: "Estenosis pilórica benigna tratada por gastroenterostomía". R.M.C.P.; 54: 209-223; 1902
169. Cardenal Fernández, S.: "Indications de l'intervention chirurgicale - dans les affections de l'estomac". XIV Congreso Internacional de Medicina, Madrid, 1903
170. Ribas y Ribas, E.: Trabajos de cirugía clínica. Estadística quirúrgica. Barcelona, 1905
171. Rodríguez Cabello, C.: "De la gastro-enterostomía. Sus indicaciones, técnica y resultados". El Siglo Médico; 51: 652-653; 1904
172. Rusca, F.: "Observaciones clínicas sobre cien casos de gastro-enterostomía". Actas de II Congreso español de Cirugía, Madrid, 1909
173. Ribas y Ribas, E.: "Resultados tardíos de la gastro-enterostomía". Actas del II Congreso Español de Cirugía, Madrid, 1909.

174. Guedea y Calvo, L.: "Con motivo de 37 casos de gastroenterostomías" Actas del II Congreso Español de Cirugía. Madrid, 1909
175. Goyanes Capdevila, J.: "Indicaciones y técnicas de la gastro-entero-anastomosis". Actas del II Congreso Español de Cirugía. Madrid, 1909
176. Lozano, R.: ¿Gastrectomía o gastroenterostomía? (mi experiencia personal en 173 casos operados por gastropatías). Madrid 1916
177. Lozano, R.: id. id.
178. Ribas y Ribas, E.: La resección gástrica y la gastro-enterostomía en la úlcera gástrica. Notas clínicas. Hospital de la Santa Cruz. Barcelona, 1917
179. Doyen: "Chirurgie de l'estomac et du duodenum". París, 1894
180. V. Hacker: loc. cit.
181. Falgar, V.: "Indicaciones y resultados de la gastroenterostomía" Revista de Medicina y Cirugía; 12: 713-751. Barcelona, 1902
182. Hartmann.: Bull et Mém de la Soc de Chir. París, 1897 (citado por — González Campos. Tratamiento quirúrgico de las enfermedades del estómago, Madrid, 1906)
183. Murphy, : Med. Record; XLII: 665; 1892 (citado por Corachán, M.: Cirugía gástrica; tomo II. Edit. Salvat. Barcelona, 1943)
184. Villard.: Gaz. hebdomadaria de Med. et de Chir; XLII: 137; 1895 (Citado por Corachán, M.: Cirugía gástrica, tomo II. Edit Salvat. Barcelona, — 1943)

185. Jaboulay.: Arch. Prov. de Chir.; XI: 609; 1900 (citado por Corachán M.: Cirugía gástrica; tomo II. Edit. Salvat. Barcelona, 1943)
186. Morales Pérez, A.: "Gastro-yeyunostomía, con el botón de Murphy. Curación". La Independencia Médica; XXXIII: 347-349; 1898
187. Estapé, E.: "La gastro-enterostomía sense sutura". L'Academia i Laboratoy de Ciències Mèdiques de Catalunya. Sessió, 13 novembre, — 1913
188. Ribera Sanz, J.: Estudio monográfico de cirugía española (obra póstuma). Madrid 1916
189. Kocher, T.: Tratado de operaciones. Madrid, 1898
190. Schoemaker, J.: "Some technical points in abdominal surgery". Surg. Gynec. Obster; XXXIII: 591-596, 1921
191. Jiménez García, R.: "Cáncer de estómago. Gastrectomía extensa. Curación". R.M.C.P.; 26: 41-49; 1902
192. Raventós, A.: Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Catalunya. Sesión de 21 de diciembre. 1898
193. Rusca, F.: El círculo vicioso en la gastro-enterostomía. Sus variedades, causas, aspecto clínico y patogenia. Tesis doctoral. Madrid, 1904
194. Rusca, F.: id. id.
195. Escribano, V.: Homenatge fet a Gimbernat per l'Universitat de Granada i a la Cirurgia catalana. Barcelona, 1918

196. Rusca, F.: El círculo vicioso en la gastro-enterostomía. Sus variedades, causas, aspecto clínico y patogenia. Tesis doctoral. Madrid, — 1904
197. Rusca, F.: Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña. — Sesión de 16 de marzo, 1904
198. Cardenal, L.: "A propósito de un caso de gastroenterostomía por estenosis benigna del píloro. El Siglo Médico; 54: 770-775; 1907
199. Fargas Roca, M.: Discurso de contestación al leído por el doctor Bartrina en el acto de recepción de académico electo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. 1915
200. Ribas Ribas, E.: Resultados de las resecciones gástricas. Societe Internationale de Chirurgie. Congrès de Varsivie, 1929
201. Goyanes, J.: "Una modificación al procedimiento de gastroenterostomía en Y, de Roux. Gastroenterostomía en T". El Siglo Médico; 63: — 322-324; 1916
202. Goyanes, J.: "Dos pequeñas contribuciones originales a la cirugía de la úlcera gástrica". Gaceta Médica Española; 26: 69-73; 1928
203. Cardenal, L.: "A propósito de un caso de gastroenterostomía por estenosis benigna del píloro"; El Siglo Médico; 54: 770-775; 1907
204. Ortiz de la Torre, J.: "La gastroenterostomía en la estrechez pilórica y la perfección posible de sus resultados". XIV Congreso Internacional de Medicina. Madrid, 1903

205. Ortiz de la Torre, J.: "Resultados de la gastroenterostomía". Actas del II Congreso Español de Cirugía; pág. 34. Madrid, 1909
206. Doyen: Traite de Chirurgie des affections de l'estomac et du duodenum. Edit. Rueff. Paris, 1895
207. Von Eiselsberg.: "Zur Ausschaltung inoperablen Pylorussfrikung". Arch. f. Klin. Chir.; 919, 1895. (citado por Bartrina: Notas sobre cirugía gástrica. Afecciones benignas gastroduodenales). Barcelona, 1915
208. Kelling.: "Studien zur Chirurgie des Magens". Archiv. f. Klin. Chir. LXII: 288; 1900 (citado por Abaytua: La gastroenterostomía ante la fisiología, el laboratorio y la clínica. Madrid, 1911
209. Cannon y Blake: "Gastroenterostomy and Pyloroplasty; and experimental Study by means of the Roentgen Rays". Annals of Surgery; XLI: - 686-712; 1905
210. Leggett y Maury: "Studies upon the fonction pylorus and stomach after gastroenterostomy has been preformed". Annals of Surgery; XLVI;- 549-56; 1907
211. Tuffier y Ausbourg: "Examen de quelques estomacs a l'aide des rayons Rontgen". La presse Medicale, 726. 1907
212. Delbet: Bulletin de la Societe de Chirurgie de Paris; XXXIII: 12-22-1249. 1907
213. R. y Abaytua: La gastroenterostomía ante la fisiología, el laboratorio y la clínica. Madrid, 1911

214. Goyanes, J.: "Indicaciones y técnicas de la gastroenteroanastomosis". Actas de II Congreso Español de Cirugía. pág. 25; Madrid, 1909
215. Benedict. E.B.: "An operating gastroscope". Gastroenterology; 2: 281; Madrid, 1948
216. Goyanes, J.: "Dos pequeñas contribuciones originales a la cirugía de la úlcera gástrica". Gaceta Médica Española; XXXX 26: 69-73; 1928
217. Devin, R., Lataste, J., Maillet, P.: Tratado de Técnica Quirúrgica, - tomo I, pág. 285, Edit. Toray-Masson; Barcelona, 1972
218. Exner, A. y Schwarzmann, E. "Tabische Krisen, Ulcus ventriculi und — Vagus". Wkn. Klein. Wschr. 25: 1405; 1912
219. Stierlin, E.: "Über die Magninnervation in inhrer Beziehung zur Atiologie und Therapie des ulcus". Duetsch. Z. Chir. 152: 358. 1920
220. Latarjet, A.: "Réseccion des nerfs de l'estomac. Technique opératoire Rpesultats cliniques". Bull. Acad. Nat. Medi. 87: 681; París, 1922
221. Wertheimer, P.: L'Innervation et l'Enervation Gastrique. Experimentale et Clinique. Tesis inaugural. Lyon 1922
222. Schiassi. B.S.: "The role of the pyloroduodenal nerve supply in the - surgery of duodenal ulcer". Ann. Surg; 81: 939; 1925
223. Dragstedt, L.D. y Owens F.M.: "supradiaphragmatic section of the vagus nerves in the treatment of duodenal ulcer". Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 53: 152; 1943
224. Alvarez, C.: "Nuevo tratamiento quirúrgico de la úlcera de estómago". El Siglo Médico; 59: 716-723; 1912

225. Alvarez, C.: Id. id.
226. Parker: New. York. Med. Jour. 1920 (citado por Carachán, M. Cirugía - gástrica. Tomo 2, pág. 521, Madrid, 1943)
227. López Fanjul: "Verdera crítica de la operación de Alvarez para la curación de la úlcera de estómago". Los progresos de la clínica. Madrid 1917
228. Cardenal Hernández, S.: "Indications de l'intervention chirurgicale - dans les affections de l'estomac". XIV Congreso Internacional de Medicina, Madrid, 1903
229. Robert, B. y Roig y Bofill, E.: "Enfermedades del aparato digestivo"; Madrid, 1889
230. Guedea y Calvo, L.: "Con motivo de treinta y siete casos de gastroenterostomías". Actas del II Congreso español de Cirugía, pág. 54; Madrid, 1909
231. Ribera Sanz, J.: "Algunas consideraciones acerca de una serie de 15 - gastrectomías". R.M.C.P.; 27: 103; 1903
232. González Campo, J.: Tratamiento quirúrgico de las enfermedades del estómago. Madrid, 1906
233. Cardenal Hernández, J.: "Indications de l'intervention chirurgicale - dans les affections de l'estomac". XIV Congreso Internacional de Medicina.
234. Falgar, V.: loc. cit.

235. Yagüe, L.R.: "Tratamiento quirúrgico del cáncer de pílora. Pílorectomía y gastroenterostomía". R.M.C.P.; 55: 5-10; 1902
236. Ribera Sanz, J.: "Extirpación casi total del estómago. Curación". R.M.C.P.; 44: 521-530; 1899; Ibid, 44: 601-608; 1899; Ibid, 44: 641-652; 1899
237. Ribera Sanz, J.: Algunas reflexiones acerca de la cirugía gástrica. - Discurso leído en la Real Academia de Medicina de Madrid en la sesión inaugural de 1907
238. Gallart-Monés: Los catedráticos de la Facultad de Medicina durante mis estudios (1897-1901). Jornadas conmemorativas del Cincuentenario del Hospital Clínico. Ediciones Rocas; Barcelona, 1959
239. Delbet: "La responsabilité du Chirurgien". La Revue de Paris, 5: 75 - 1911
240. Yagüe, R.L.: "Sobre cirugía gástrica y sus límites racionales; Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas; XI: 107-114; 1904
241. Vuillet, H.: "Les Indications opératoires en pathologie gastrique et les pseudo-neuroses stomacales. La semaine Med. 39: 457; 1910
242. Braun: "Demonstration eines Präparates einer 11 Monate nach der Ausführung der Gastroenterostomie entstandenen Perforation des Jejunum". Verhand. d. deuts. Gesellschaft f. Chir.; 95-97, 1899 (citado por Abaytua: La gastroenterostomía ante la fisiología, el laboratorio y la clínica; Madrid, 1911)
243. Ribas y Ribas, E.: La resección gástrica y la gastroenterostomía en la úlcera gástrica. Notas clínicas. Hospital de la Santa Cruz, Barcelona, 1917.

244. Bartrina, J.M.: Notas sobre cirugía gástrica. Afecciones benignas gastroduodenales. Discurso leído en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona en el acto de recepción como Académico. Barcelona, - 1915
245. Ribas y Ribas, J.M.: "La esofago-yeyno-gastrostomía o operación de — Roux". Annals de Medecina; 216-218, 1907
246. Fargas Roca, M.: Discurso de contestación al leído por el Dr. Bartrina en el acto de recepción de académico electo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, 1915
247. De la Fuente Chaos, F.: La técnica quirúrgica en el siglo XX. Cuando la ciencia se hace técnica. Discurso de ingreso en la Real Academia - de Medicina de Madrid, 1961
248. De la Fuente Chaos, A.: id. id.
249. R.M.C.P.; X, nº 246: 321-327; 1886
250. B. M. C. F.; nº 94: 341; 1847
251. Travers: An inquiry into the process nature inreparing injuries og the intestines. London 1812 (citado por Terrier y Baudouin: La suture intestinale. Histoire des differents procédes d'enterorrhaphie. Paris, — 1898)
252. Jobert de Lamballe.: Memoire sur les plais de canal intestinal. Paris, 1826 (citado por Terrier y Baudouin: La suture intestinale. Histoire des differents procédes d'enterorrhaphia, Paris, 1826).

253. Lembert, A.: Memoire sus l'Enterorraphie avec description d'un procede nouveau pour practiquer cette operation chirurgicale. Repertoire general d'Anatomie et Physiologie pathologiques et de Clinique - Chirurgicale; 2:104-198; Paris, 1826 (citado por Terrier y Baudouin: La suture intestinale. Histoire des differents procedes d'enterorraphie, Paris, 1826)
254. San Martin, A.: R.M.C.P.; 28, 892: 146; 1905
255. Czerny.: "Zur Darmresection. "Berlin Klin Woch; 45: 637-683; 1880.- (citado por Terrier y Baudouin: La suture intestinale. Histoire des differents procedes d'enterorraphie. Paris, 1826)
256. Nélaton, A.: Elementos de Patologia Quirúrgica. Tomo V. pág. 165, Madrid, 1877
257. Sorní Valls, G.: La obra quirúrgica de Diego de Argumosa y Obregón.- Edit. Científico Médica, Madrid, 1970
258. Alarcón y Salcedo, J.: Manual de afectos externos. Arreglados a las explicaciones del Dr. Diego de Argumosa. pág. 552. Madrid, 1842
259. Argumosa, D.: Resumen de Cirugia. tomo I, págo 82; Madrid, 1956
260. Argumosa, D.: "Enterorrafia". Biblioteca universal, Sección mérida. Dirigida por Fernández de los Rios; pág. 13-18; 1852
261. Alarcón y Salcedo, J.: "loc. cit. pág. 549
262. Argumosa, D.: "Declaración del Dr. D. Diego de Argumosa acerca del Manual de afectos externos que está publicando y que se dice arreglado a las explicaciones de dicho señor"; B.M.C.F.; 120, 94; 1843

263. Argumosa, D.: "Enterorrafia", Biblioteca Universal. Sección Médica.
Dirigida por Fernández de los Rios; pag. 13, 1852
264. Argumosa, D.: id. id.
265. Nelatón, A.: loc. cit. pág. 172
266. Argumosa, D.: "Enterorrafia", Biblioteca Universal. Sección Médica.
Dirigida por Fernández de los Rios; pág. 13, 1852
267. Argumosa, D.: Resumen de Cirugia, tomo I, pág. 86-88; 1856
268. Nelaton, A.: loc. cit. pág. 173
269. Erichsen, E.J.: loc. cit. tomo II, pág. 777
270. Ashhurst: Enciclopedia Internacional de Cirugia, tomo 7, pág. 352;
Madrid, 1887
271. Malgaigne, J.F.: Manual de Medicina operatoria, Barcelona, s.a.
272. Zapata y Ortega, L.: "Año preternatural: obliteración el natural: 16
años en este estado". B.M.C.F. 46: 363; 1851
273. Castellanos, C.: "Herida de los intestinos. Curación. Cuestión médi
co forense" El Siglo Médico, XI: 74-75; 1864
274. Rubio, F.: "Resección de ocho centímetros del ileon. Curación". El
Siglo Médico, XXXVI: 99; 1889
275. Morales Pérez: Tratado de operatoria quirúrgica; pág. 378, Barcelo-
na 1881

276. Terrier y Baudouin: La suture intestinale. Histoire des differents procedes d'enterorrhaphie. Paris, 1898
277. Berenguer Féraud: "Nouveau procede de suture de l'intestin". Bulletin de l'Academie de Medecine; XXXIV: 1253; Paris, 1869
278. "Sutura intestinal en dardo". El Siglo Médico; XXVIII: 475; 1881
279. Le Fort: loc. cit. tomo II, pág. 368
280. Faure y Suárez: "Methode nouvelle d'obliteration des paies intestinales". Bulletin de la Societe Anatomique de Paris; LXX, 285-90; — 1895
281. Congreso de Ciencias Médicas de Barcelona, celebrado del 9 al 15 de setiembre de 1888. Imprenta de J. Balmas. Barcelona, 1889
282. Rubio, F.: "Resección de ocho centímetros de ileon. Curación". El Siglo Médico, XXXVI: 99; 1889
283. San Martín, S.: "Questionario para una estadística de Cirugía taumática". Actas del II Congreso español de Cirugía; pag. 66, Madrid 1909
284. Vidal de Casis: Tratado de Patología externa y de Medicina operatoria, tomo IV; Madrid, 1848
285. Guérin, A.: Elementos de cirugía operatoria o tratado práctico de las operaciones, Madrid, 1871
286. Nelaton, A.: "loc. cit. pág. 508
287. Ashhurst: loc. cit. pág. 648

288. Pulido, A.: Tratado práctico de las oclusiones del intestino. Tomo I, pág. 16; Madrid, 1899
289. Pulido, A.: Estrangulación interna (oclusión y oclusión intestinal); Madrid, 1881
290. Pulido, A.: Tratado práctico de las oclusiones del intestino. 2 tomos Madrid, 1899
291. Pulido, A.: Tratado práctico de las oclusiones del intestino. Tomo I, pág. 13. Madrid, 1899
292. Pulido, A.: id. id. pág. 18
293. Pulido, A.: id. id. pág. 8
294. Esquerdo, A.: "Indicaciones precisas de la intervención quirúrgica - en la oclusión intestinal" R.M.C.P. 12: 639-644; 1888
295. Robert, B. y Roig Bofill, E.: loc. cit. pág. 319
296. Candela Sánchez: "Reflexiones prácticas sobre un caso de estrangulación intestinal interna". El Siglo Médico; XIX: 69-71; 1872
297. Ribera Sanz, J.: Anales de la Real Academia de Medicina; XVII: 114; - 1897
298. Bravo y Fernández, J.: "Oclusión intestinal interna aguda, muerte por colapso"; R.M.C.P.; 21: 689-693; 1897
299. Esquerdo, A.: "Dos laparotomías en doce días y en una misma enferma - por oclusión intestinal". Revista de Ciencias Médicas de Barcelona. - XIX: 217-220; 1893; Ibid; XIX: 241-248; 1893

300. Iglesias Díaz: "Observaciones sobre la oclusión intestinal". Anales de la Real Academia de Medicina; XVII: 334-335; 1897
301. Gutiérrez, E.: "Discursos sobre Cirugía intestinal". Anales de la Real Academia de Medicina; XVII: 343; 1897
302. Ruiz Casavieja, E.: "Oclusión intestinal ("Miserere") curada por los enemas gaseados purgantes". El Siglo Médico; XXII: 748-749; -- 1875
303. Ruiz Gutiérrez, A.: "Caso notable de ileo, vólvulo o cólico miserere. Curación a beneficio de la acción mecánica del mercurio líquido" El Siglo Médico; XXV: 472-473; 1878
304. Gutierrez, E.: "Ileo nervioso (?). Curación por la belladona" (El Dictamen). Tomado de El Siglo Médico; XXXIII: 650; 1886
305. Valera y Jiménez, T.: Hernia inguinal estrangulada. Curación por el café". El Siglo Médico; XXI: 8-11; 1874
306. Abaytúa, N.: "Modo de acción y efectos del lavado gástrico en el tratamiento de la oclusión intestinal" R.M.C.P.; 16: 175-189; 1892
307. Goyanes, J.: "Oclusión intestinal. Consecutiva a una forma anatómica rara de estenosis del intestino". R.M.C.P.; 30: 5-10; 1906
308. Gutiérrez, E.: "Oclusión intestinal consecutiva a colpo intestectomía. Adherencias intestinales y perforación intestinal, muerte". Actas de la Sociedad Ginecológica española; 1895
309. Fargas Roca, M.: Patogenia y tratamiento de las consecuencias inmediatas de la laparotomía. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, 1894.

310. Erichsen, E.J.: loc. cit. tomo V.
311. Arpal y Daina, F.: "Oclusión intestinal postoperatoria" Zaragoza, — 1908
312. Erichsen, E.J.: loc. cit., tomo V, pág. 269
313. Erichsen, E.J.: loc. cit., tomo V, pág. 271
314. Nelaton, A.: loc. cit., tomo V, pág. 527
315. Creus Manso, J.: "Estrechez del colon; atasco consecutivo; enterotomía; muerte". R.M.C.P.; 2: 209; 1878
316. Auber, A.: "El obturador enterotómico". El Siglo Médico, XXIII: 115-117; 1881
317. Pulido, A.: Tratado práctico de las oclusiones del intestino, tomo — II, pág. 63-64; Madrid, 1899
318. Revisto Clínica de los Hospitales Generales de Madrid. B.M.C.P. 172: 116; 1849
319. Sánchez Toca, M.: "Enterotomía abdominal. Extracción de un cálculo — intestinal de peso de 21 onzas". El Siglo Médico; IX: 56-59; 1862
320. Ramoneda, L.: "Epitelioma del recto. Oclusión intestinal. Laparotomía". Revista Clínica de los hospitales; 8: 337-339; 1890
321. Ribera Sanz, J.: Anales de Real Academia de Medicina de Madrid; XVII, 102-112; 1897

322. Moreno y Pozo, A.: Memoria, Clínica quirúrgica primer curso (1882 - 1883); pág. 32-33; Madrid, 1883
323. Auber, A.: loc. cit. pág. 117
324. Auber, A.: loc. cit. pág. 116-117
325. San Martín, S.: "Coloproctia, colostomía o colostomosis subespinal (ano artificial subiliaco)"; R.M.C.P.; 29: 387-395; 1905
326. San Martín, A.: id. id.
327. San Martín, A.: id. id.
328. San Martín, A.: id. id.
329. Ribera Sanz, J.: Estudio monográfico de Cirugía española (obra póstuma). Madrid, 1916
330. Sánchez Pérez, J.Mª.: "Don Salvador Cardenal, cirujano español del - siglo XIX". Trabajos de la cátedra de historia crítica de la Medicina; Madrid, 5: 96; 1934-35.
331. Goyanes, J.: "Colostomía perineal retroproctica. Nuevo método operatorio de las estrecheces rectales". El Siglo Médico; 52: 492-498; — 1905
332. Goyanes, J.: id. id.
333. Goyanes, J.: id. id.
334. Goyanes, J.: id. id.

335. San Martín, A.: "Epilepsia refleja por estreñimiento. Ileostomostomía con éxito favorable". Actas del II Congreso Español de Cirugía; -
pág. 364. Madrid, 1909
336. Chalot, V.: loc. cit. pág. 625
337. San Martín, A.: Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; -
XVII: 343; 1897+
338. "Resección de dos metros de intestino delgado, seguido de curación".
Anuario de Medicina y Cirugía Práctica; 380-387; 1882
339. Köhler.: Zentral Chir; 50: 794; 1881 (citado por Martín Lagos: Evolución de la cirugía del cáncer de colon. Discurso de ingreso en la —
Real Academia de Medicina de Madrid. 1947)
340. "Resección de dos metros de intestino delgado". El Siglo Médico; - -
XXVIII: 123-124; 1881
341. Ribera Sanz, J.: "Revista de cirugía: VII: Resección del estómago y
del intestino". R.M.C.P.; 27: 251. 1890
342. Rubio, F.: Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; IX: 51;
1889
343. Rubio, F.: id. id.
344. Rubio, F.: id. id.
345. Esquerdo, A.: "Año contra-natura. Enterectomía y enterorrafia repeti-
da con dos días de intervalo. Curación". Revista de Ciencias Médicas
de Barcelona; XX: 265-269; 1894

346. Esquerdo, A.: id. id.
347. Ribera Sanz, J.: "Cirugía gastro-intestinal". R.M.C.P.; 42: 457-466;-
1899
348. Chaput.: X Congreso internacional de Medicina. Berlín, 1890. R.M.C.P
15: 101; 1891
349. Bravo y Coronado, J.: "Del tratamiento del ano contranatural por la
enterectomía y la enteroanastomosis con el botón de Murphy". R.M.C.P
20: 481-490; 1896
350. Bravo y Piqueras, J.: "Dos casos de ano contranatural, tratados por
la enterectomía con enterorrafia y al entero-anastomosis con el bo-
tón de Murphy. Curación". R.M.C.P.; 20: 19-20; 1896
351. Ribera Sanz, J.: "Cirugía gastrointestinal". R.M.C.P.; 22: 462; 1898
352. Gutiérrez, E.: Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid. - -
XVII: 268-270; 1897
353. Ribera Sanz, J.: Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid. -
XVIII: 74-75; 1898
354. Barragán y Bonet, J.: "Ano contranatural consecutivo a Hernia umbili-
cal estrangulada. Enterectomía y enterorrafia. Curación". R.M.C.P. -
26: 241-248; 1902
355. Carrillo Cubero: "Resección ileo-cecal". R.M.C.P. 23: 140; 1904
356. Bravo, J.: "Resección ileocecal" R.M.C.P.; 18: 220; 1904

357. Raventós, A.: "Obstrucción intestinal alta postgastroenterostómico".
Revista Medicina y Cirugía de Barcelona; 1: 44-45; 1905
358. Bravo y Piqueras, J.: "Dos casos de ano contranatural, tratados por la enterectomía y la enteroanastomosis con el botón de Murphy. Curación". R.M.C.P. 20: 21; 1896
359. Martín Gil, R.: "Memorias sobre discos de marfil descalcificados para las anastomosis y reunión de extremo con extremo del intestino".-
Anales de Real Academia de Medicina de Madrid; XVII: 48-63; 301-313; 1897
360. Martín Gil, R.: "The calcified ivory discs for end to end and lateral anastomosis of the intestine". Congreso Internacional de Medicina de Moscú, 1897
361. Martín Gil, R.: "Discos de marfil descalcificados para las anastomosis y reunión de extremo con extremo del intestino". Congreso hispano portugués de Cirugía y sus especialidades naturales; Madrid, 1898
362. Martín Gil, R.: "Discos de marfil descalcificados para la anastomosis y reunión de extremo con extremo del intestino". Gaceta Médico - Catalana; 20; 113-124; 1897
363. Martín Gil, R.: R.M.C.P.; 22: 200-208; 1898
364. Martín Gil, R.: Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; - - XVII: 53; 1897
365. Martín Gil, R.: Actas del Congreso hispano portugués de Cirugía y sus especialidades naturales; 226-231. Madrid, 1898

366. Martín Gil, R.: id. id.
367. Martín Gil, R.: id. id.
368. Nussbaum, J.N.: "Del método actual de tratar las hernias abdominales" El Siglo Médico; 34: 467-488; 1887
369. Czerny, V.: "Studien zur Radikalbehandlung der Hernien". Wien. Med. - Wschr. 27: 497; 1877
370. Nyhus, M. Harkins, H.: Hernia. Edit. Intermédica; 1969
371. Bassini, E.: "Nuevo método per la cura radicale dell'ernia". Atti — Congr. Ass. Med. Ital.; 2: 179; 1899
372. Catterina, A.: La operación de Bassini. Edit. Espasa Calpe; Madrid - 1935
373. Escribano García, V.: La Herniotomía. Granada, s.a.
374. Escribano García, V.: id. id.
375. Cortezo, C.M.: "Algunas palabras sobre la curación radical de las — hernias". El Siglo Médico; 21: 741-742; 1874
376. Cortezo, C.M.: id. id.
377. Morales Pérez: Tratado de operatoria quirúrgica; pág. 393; Barcelona, 1881
378. Morales Pérez: id. id.
379. Nelaton, A.: Loc. cit. pág. 258

380. Erichsen, E.J.: loc. cit. tomo V, pág. 144
381. Ashhurst: loc. cit. tomo VIII, pág. 547
382. Morales Pérez: Tratado de operatoria quirúrgica. Barcelona, 1881
383. Ustariz, J.M.: "Hernia inguinal: curación por el procedimiento de -- Egea". Anuario de Medicina y Cirugía práctica; 15: 324-327; 1878
384. Ribera Sanz, J.: "Juicio crítico, sobre el tratamiento de las hernias abdominales". R.M.C.P.; 10: 391-401; 1886
385. Cortezo, C.M.: "Algunas palabras sobre la curación radical de las hernias". El Siglo Médico; XXI: 722-723; 1874
386. Díaz y González, I.: Hernias. Desbridamiento. Método subcutáneo y diversos procederes inventados y ejecutados por Sevilla, 1881
387. González del Valle, J.: "Hernias. Desbridamiento: Método subcutáneo". R.M.C.P.; 16: 461-463; 1892
388. Cabañas y Caballero, C.: "Reseña de enfermos y operaciones practicadas en la Clínica Quirúrgica, 2º curso, a cargo de D. José Ribera". R.M.C.P. 18: 234; 1894
389. Ribera Sanz, J.: "Nota acerca del tratamiento operatorio de las hernias". Congreso Hispano Portugués de Cirugía y sus especialidades naturales; pág. 222-226; Madrid, 1898
390. Ribera Sanz, J.: Estudio monográfico de cirugía española (obra póstuma). Madrid, 1916
391. Ribera Sanz, J.: "Hernias: procedimiento operatorio". R.M.C.P., 32: - 361-373; 1908

392. Raventós, S.: "Progresos de la asepsia operatoria. Consideraciones — prácticas sobre la misma". Revista de Medicina, Cirugía y Farmacia; - XII; 353-65. Barcelona, 1898
393. Ortiz de la Torre, J.: "Nuevo procedimiento de obliteración de las — hernias inguinales. Plegamiento de la aponeurosis del oblicuo". XIV - Congreso Internacional de Medicina; Madrid, 1903
394. Arquellada: R.M.C.P.; 32: 362; 1908
395. Ribera Sanz, J.: Estudio monográfico de Cirugía española (obra póstuma). Pág. 383. Madrid, 1916
396. San Martín, A.: "Nuevo método de obliteración radical en las hernias inguinales por inclusión del testículo en el abdomen". Actas del II - Congreso Español de Cirugía, pág. 367. Madrid, 1909
397. Lozano, P.: "La sutura metálica permanente en la cura radical de las hernias inguinales y umbilicales". Actas del II Congreso Español de - Cirugía; pág. 292; Madrid, 1909
398. Lozano, P.: "Ventajas de la sutura metálica perdida en la cura radical de las hernias". R.M.C.P.; 32: 109-110; 1908
399. Goyanes, J.: "Un nuevo método de sutura profunda temporal, con preferente aplicación a la cura radical de las hernias inguinales". Actas del II Congreso español de Cirugía; pág. 308. Madrid, 1909
400. Goyanes, J.: "Trabajos herniológicos". R.M.C.P.; 32: 129-137. 1908
401. Gifuentes, P.: R.M.C.P. 32: 33; 1908

402. Lozano, P.: "Hernia inguinal derecha". Rev. Ibero Americana de Ciencias Médicas; XXXI: 80-86; 1914
403. Leriche, R.: "El mundo va hacia el pragmatismo"; Discurso presidencial en el Cincuentenario de la Sociedad Internacional de Cirugía. - 1951. (tomado de Clarke: Rene Leriche; Ediciones Cld, 1963).
404. Roux: Congreso alemán de Cirugía. Berlín, 1905. R.M.C.P. 68: 283; - 1905
405. R.M.C.P.; 23: 91; 1899
406. Pulido, A.: Tratado práctico de las oclusiones del intestino. Tomo - II. Madrid, 1899
407. Ramoneda, L.: "Sobre la tiflitis". Rev. Clínica de los Hospitales. - 11: 481-486; 1890
408. Ilagosteras y Pascual, L.: De la intervención quirúrgica en el tratamiento de la peritonitis. Tesis doctoral, Barcelona, 1891
409. Esquerdo, A.: "Algunas consideraciones sobre la apendicitis". Rev. - de Ciencias Médicas de Barcelona; XVII: 161-164; 1891; Ibid. XVII: - 201-207; 1891
410. Martín Gil, R.: "Apendicitis". Gaceta Médica Catalana; XXII: 489-492 1899
411. Robert, B.: "Apendicitis". La Independencia Médica; XXXIII: 193-196; 1898
412. Cervera, E.: "Apendicitis". Congreso Hispano Portugués de Cirugía y sus especialidades naturales; pág. 205; Madrid, 1898

413. Artieda, A.F.: "Un caso de apendicitis". El Siglo Médico; XL: 246-247
1893
414. Artieda, A.F.: id. id.
415. Gallardo, P.: "Hernia del apéndice ileo-cecal estrangulación. Opera-
ción. Defunción"; El bisturí; I: 204-207; 1888
416. Ribera Sanz, J.: R.M.C.P.; 15: 237; 1891
417. Ribera Sanz, J.: "Contribución al estudio de las laparotomías". R.M.C.
P.; 18: 347; 1894
418. Esquerdo, A.: "Indicaciones para el tratamiento Médico de la Apendici-
tis"; Revista de Medicina, Cirugía y Farmacia de Barcelona; 196-202;-
1897
419. Robert, B.: "Apendicitis". La Independencia Médica; XXXIII: 193-196;-
1898
420. Bravo, J.: "Sobre el tratamiento quirúrgico de la apendicitis". R.M.C.
P.; 25: 42-430; 1901
421. Valle y Aldabé.: "De la apendicitis". R.M.C.P.; 25: 25-27; 1901
422. Barragán: R.M.C.P. 25: 66; 1901
423. González Campo, J.: R.M.C.P. 25: 68; 1901
424. Ortega: R.M.C.P. 25: 69; 1901
425. Prieto de Castro: R.M.C.P., 25: 147; 1901

426. Guedea, L.: id. id.
427. Carrillo Cubero: R.M.C.P. 25: 377; 1901
428. Falgar: "Tratamiento de la apendicitis". Rev. de Medicina y Cirugía de Barcelona; 11: 694-695; 1902
429. Rusca: id. id.
430. Tarruella: id. id.
431. Torrens: id. id.
432. Carbó: id. id.
433. Ribas: id. id.
434. Raventós: id. id.
435. Pujol-Brull: id. id.
436. Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; XXVIII; Cuadernos 1º 2º y 3º; 1908
437. Pí Figueras: "La cirugía moderna a Catalunya: De Cardenal al 1936". I Congrés Internacional d'Historia de la Medicina Catalana. Barcelona-Mont Peller, 1970
438. Sánchez Toca, M.: "Operaciones practicadas en el Hospital Clínico de - la Facultad de Medicina en los meses de octubre, noviembre y diciembre" El Siglo Médico, IV: 8; 1857
439. Moreno Pozo, A.: loc. cit.

440. Gutiérrez, E.: Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; XVII 314; 1896
441. Ribera Sanz, J.: R.M.C.P. 17: 403; 1893
442. Pérez Noguera, E.: "Heridas por bala de fusil penetrante de vientre - con lesión visceral, seguida de curación". R.M.C.P. 23: 414; 1899
443. Goyanes, J.: "Oclusión intestinal consecutiva a una forma anatómica - rara de estenosis del intestino" R.M.C.P.; 30: 5-10; 1906
444. Ribera Sanz, J.: Clínica quirúrgica general. Etiología, diagnóstico, - pronóstico y tratamiento de las enfermedades quirúrgicas. Pág. 29; Madrid, 1895
445. Carrillo Gubero, loc. cit.
446. Martín Lagos, F.: Evolución de la Cirugía del cáncer de colon. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Madrid. 1947
447. Ribera Sanz, J.: "Contribución al estudio de las laparotomías". R.M.C.P.; 18: 348; 1894
448. Arpal, F.: "Oclusión intestinal". R.M.C.P., 32: 209-213; 1908
449. Mariano, J.M.: "Tres casos de estrangulación herniaria y tres de oclusión intestinal". R.M.C.P.; 9: 448-456; 1887
450. Esquerdo, A.: R.M.C.P., 15: 26-27; 1891
451. Bravo, J.: "Sobre la hernia estrangulada"; Revista clínica de los Hospitales; 10: 433-448; 1890

452. Ortiz de la Torre, J.: "Herniotomía". R.M.C.P.; 16: 145-146; 1892
453. Ortiz de la Torre, J.: La experiencia de quinientas hernias operadas. Madrid, 1905
454. Lejars, F.: Tratado de cirugía de urgencia. Madrid, 1904
455. Doyen: El Siglo Médico; 52: 601; 1905
456. Martín Gil, R.: "Cirugía del recto". R.M.C.P.; 25: 393; 1901
457. Argumosa, D.: Resumen de Cirugía, tomo I, pág. 70; Madrid, 1856
458. Ribera Sanz, J.: "Las anomalías de conformación de ano y recto y su tratamiento". R.M.C.P.; 32: 249-258; 1908
459. Ribera Sanz, J.: "Las anomalías de conformación de ano y recto y su tratamiento". R.M.C.P.; 32: 219; 1908
460. Ribera Sanz, J.: "Las anomalías de conformación de ano y recto y su tratamiento". R.M.C.P.; 32: 255; 1908
461. Arquellada. "Deformidades congénitas ano-rectales". R.M.C.P.; 33: - 432-434; 1909; Ibid: 33: 35-37; 1909
462. Rubio, F.: "Del tratamiento de los tumores hemorroidales", El Siglo Médico; XXVIII: 761-763; 1881
463. Rubio, F.: id. id.
464. Rubio, F.: id. id.
465. Rubio, F.; Ariza y Espejo, R.; Buisen, S.; Gutiérrez, E.: loc. cit.

466. Ribera Sanz, J.: Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; - XV: 74-85; 1895
467. Pinós, M. y Ferrer, M.: "Reseña de las operaciones practicadas en — Pamplona durante el año 1894". R.C.M.P.; 19:510, 1895
468. Riba, J.: "Tratamiento operatorio de las hemorroides".(El criterio — católico de las ciencias médicas). Tomado de R.M.C.P. 27: 422-423; - 1903.
469. Baltar Cortes, A.: "Algunas consideraciones sobre el procedimiento de los doctores Vercesco y Potarda, de Rumanfa, para operar hemorroides" R.M.C.P.; 28: 213-215; 1904
470. M.H. de M.: "Procedencia del intestino recto de nuevo años de fecha, y curada a beneficio de la excisión de muchos pliegues de la membrana mucosa de dicho intestino". B.M.C.F., 183: 21; 1838
471. Ribera Sanz, J.: "Prolapso rectal, consecutivo a una rectotomía". — Historias de clínica quirúrgica recogidas y redactadas por los alumnos de dicha asignatura en el curso de 1901-1902; pag. 145. Madrid, - 1902
472. Baltar Cortes, A.: "Un caso notable de prolapso rectal. Operación. Curación". (Revista de la Academia Médico Quirúrgica Compostelana de — Santiago). Tomada de R.M.C.P.; 19: 400; 1895
473. Martín Gil, R.: "Nueva operación para el prolapso del recto y las hemorroides internas" (Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas). Tomada de R.M.C.P.; 31: 195; 1907
474. Martín Gil, R.: "Tratamiento quirúrgico del prolapso del recto. R.M.C.P.; 35: 453; 1911

475. Rubio, F.: "La fisura de ano. Su diagnóstico y tratamiento con motivo de un caso práctico". El Siglo Médico; XXX: 403-407; 1883
476. Gutiérrez, E.: "Fisura de ano. Dilatación forzada por el doctor D. F. Rubio. Curación". El Siglo Médico; XXVII: 772-773; 1880
477. Pinós, M. y Ferrer, M.: "Reseña de las operaciones practicadas en Pamplona durante el año 1892". R.M.C.P.; 17: 68; 1893
478. Vidal de Casis: loc, cit., tomo IV, pág. 755.
479. Rubio, F.: "Sobre la operatoria de las fistulas de ano". El Siglo Médico; XXVII: 806-808; 1880
480. Rubio, F.: id. id.
481. Fourquet y Muñoz, J.: "Memoria escrita para dar a conocer un nuevo instrumento quirúrgico llamado Guephyratomo, y su aplicación en la práctica de las fistulas de la margen del ano, que deben ser operadas por el método de incisión". B.M.C.F.; 66: 335-343; 1835
482. Argumosa, D.: Resumen de Cirugía; tomo I, pág. 358; Madrid, 1856
483. Aparicio Simón, J.: Historia del Real Colegio de San Carlos de Madrid Edit. Aguilar; 1956
484. Argumosa, D.: Resumen de Cirugía, tomo I, pág. 361; Madrid, 1856
485. Vidal de Casis: loc. cit., tomo IV, pág. 765
486. Martín Gil, R.: "Cirugía del recto". R.M.C.P.; 25: 1-13; 1901
487. Vidal de Casis: loc. cit., tomo IV, pág. 773

488. Segarra, V.: "Sinemapria. Nuevo Procedimiento de diéresis hemostática para la división de las partes blandas". Congreso Hispano Portugués de Cirugía y sus especialidades naturales. Pag. 77; Madrid, — 1898
489. Revista Clínica de los Hospitales Generales de Madrid. B.M.C.F. 206, 1850
490. García Camisón, M.: "Fistula ciega interna. Procedimiento del Dr. — Ulibarri. Curación". El Siglo Médico; VII: 647; 1860
491. Rubio, R.: "Sobre la operatoria de las fistulas de ano". El Siglo Médico; XXVII: 806-808; 1880
492. "Fistulas de ano. Nuevo procedimiento operatorio". Anuario de Medicina y Cirugía práctica; XIV: 257-261; 1877
493. Argumosa, D.: Resumen de Cirugía; tomo II, pág. 233, Madrid, 1856
494. Argumosa, D.: Resumen de Cirugía, tomo I, pág. 68; Madrid, 1856
495. Giné y Partagás: Obras escogidas. Pág. 230-250, Barcelona, 1903
496. Sereñana, P.: "Absceso en las márgenes del ano. Fistula consecutiva. Operación por ligadura elástica". La Independencia Médica; 8: 90; 1885
497. Madrazo de, D.: "Rectotomía externa". La Independencia Médica; 31: — 367; 1887
498. Gallardo, P.: "Operaciones del ano y del recto". El bisturí; 21: 223-237; 1889

499. Ribera Sanz, J.: Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid, XV 74-85; 1895
500. Cortiguera, J.: Operaciones quirúrgicas ejecutadas por ...; Santander, 1894
501. Ribas Ribas, E.: Trabajos de Cirugía Clínica. Estadística quirúrgica. Barcelona, 1905
502. Goyanes, J.: "Colostomía perineal retroproctica. Nuevo método operatorio de las estrecheces rectales". El Siglo Médico; 52: 492-498; 1905
503. Ribera Sanz, J.: "Estrechez del recto consecutiva a la ingestión de un cuerpo extraño. Rectotomía posterior. Recidiva. Nuevo procedimiento" R.M.C.P.; 21: 47; 1897
504. Ribera Sanz, J.: "Procedimiento operatorio para las estrecheces cancerosas del recto". Congreso Hispano Portugués de Cirugía y sus especialidades naturales; pág. 231; Madrid, 1898
505. Ribera Sanz, J.: Estudio monográfico de Cirugía española (obra póstuma). Pág. 471; Madrid, 1916
506. Ribera Sanz, J.: "Procedimiento operatorio para las estrecheces cancerosas del recto". Congreso Hispano Portugués de Cirugía y sus especialidades naturales; pág. 233; Madrid, 1898
507. Ribera Sanz, J.: "Procedimiento operatorio para las estrecheces no cancerosas del recto". R.M.C.P.; 33: 376-378; 1909
508. Martínez Suárez, F.: "Dilatador de estrecheces rectales". R.M.C.P. 31 111; 1907

509. Ribera Sanz, J.: "Revista de Cirugía: VII: Resección del estómago y del intestino". R.M.C.P.; 27: 251; 1890
510. Raventós, A.: "De la extirpación supra-esfincteriana del recto". — Anal. de Medicina; 10: 614-620; 1911
511. Raventós, A.: id. id.
512. Raventós, A.: id. id.
513. Velasco, D. y Villaverde, F.: Curso teórico-práctico de operaciones de Cirugía. Imprenta de D. Benito Cano; Madrid, 1897
514. Velasco, D. y Villaverde, F.: id. id.
515. Vidal de Casis: loc. cit. Tomo I, Pág. 68
516. Velasco, D. y Villaverde, F.: loc. cit.
517. Slocker, E.: "La fabricación del material quirúrgico en España (fábrica de armas de Toledo); El Siglo Médico, 87: 560-566; 1931
518. López Cerezo: "Notas sobre una aguja pasatubos" (Boletín de Medicina y Cirugía). Tomado de R.M.C.P.; 11: 436; 1887
519. Rusca, F.: Nueva Valva Abdominal. Edit. Idamor Moreno. Madrid, 1903
520. Rusca, F.: id. id.
521. Ortiz de la Torre, J.: "Nuevo procedimiento de obliteración de las hernias inguinales: plegamiento de la aponeurosis del oblicuo". XIV Congreso Internacional de Medicina; Madrid, 1903

522. San Martín, A.: "Trabajos póstumos". R.M.C.P.; 33: 169-181; 1909
523. San Martín, A.: id. id.
524. Argumosa, D.: Resumen de Cirugía. Tomo I, pág. 352; Madrid, 1856
525. Martín Gil, R.: Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; XV 303; 1895
526. Martín Gil, R.: Anales de la Real Academia de Medicina de Madrid; — XVII: 54; 1897
527. Ortiz de la Torre, J.: "Instrumento para efectuar la coprostasia en las operaciones sobre los intestinos (Pinza de coprostasia o coprostato)". XIV Congreso Internacional de Medicina. Madrid, 1903

II - OTRA. BIBLIOGRAFIA.

Capítulo I - Características de la cirugía española en el siglo XIX

1. A. A. y M.: "Defensa de la reunión en el ejercicio de la Medicina y Cirugía". B.M.C.F.: 45: 114-118; 1835
2. Blanc y Benet, J.: Datos para una bibliografía quirúrgica española.- Barcelona, 1895 y 1896
3. Bibliografía Medical en Catalunya. Barcelona, 1918
4. Cardenal, L.: Ojeada sobre la evolución de la cirugía y del cirujano Edit. Espasa Calpe. Madrid, 1951
5. Cardoner, A.: Un segle de vida catalana. Edit. Alcides, Barcelona, - 1961
6. Cortejarena: "Nueva Clínica Operatoria". El Siglo Médico; 53: 623; - 1906
7. Cortezo, C.M.: La Medicina Madrileña en el siglo XIX. Madrid, 1924
8. Chinchilla, A.: Anales históricos de la medicina en general y biográfico-bibliográficos de la española en particular. Historia particular de las operaciones quirúrgicas. Tomo I. Valencia, 1841

9. Danon Bretos: Els primers anys de l'hospital del Sagrat Cor de Barcelona. Comunicación leída en la Societat Catalana d'Historia de la Medicina en marzo de 1977
10. Diaz Benito y Angulo: Algo de lo que se debe a los españoles en el progreso de las Ciencias Médicas. Discurso leído en la Real Academia de Medicina de Madrid, en la sesión inaugural del año de 1889
11. Fontcuberta: "Clínica quirúrgica del Dr. Cardenal en el Hospital del Sagrado Corazón". (Revista de Ciencias Médicas de Barcelona). Tomado de R.M.C.P.; 7: 368; 1883
12. Frau, R.: "La medicina y cirugía práctica en España se halla en igual grado de adelantamiento que en las naciones más ilustradas de Europa". Biblioteca Universal, dirigida por Fernández de los Rios. Madrid, 1832
13. Gallart Monés, F.: Historia de la gastroenterología Española. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Barcelona, 1955
14. Gil Turner, C.: "Reflexiones sobre la cirugía actual". Boletín del Consejo General de Colegios Médicos; nº 50, 1969
15. Granjel, L.: Estudio histórico de la medicina. Salamanca, 1961
16. Granjel, L.: Bibliografía histórica de la medicina española. I. Salamanca, 1965
17. Granjel, L.: Bibliografía histórica de la medicina española. II. Salamanca, 1966
18. Granjel, L.: El Libro Médico en España (1808-1936). Salamanca, 1975

19. Granjel, L.: y Santander, M.T.: Indice de los médicos españoles. Salamanca, 1962
20. Jiménez Muñoz y Riera, J.: Bibliografía histórica en el siglo médico (1854-1936). Valladolid, 1975
21. Méndez Alvaro: "La Medicina a mediados del siglo XIX", B.C.M.F.: 1-4; 1851
22. Moreno y Pozo, A.: Constitución de la cirugía desde su origen hasta - la época actual. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Madrid. 1894
23. Robert, B.: "La Cirugía visceral". R.M.C.P.; 19: 5-13; 1895
24. San Martín, A.: "La Cirugía en 1874". El Siglo Médico; XXI: 67-679; - 1874
25. Sánchez Rubio, E.: Bibliografía médica española contemporánea (1880-1904). Madrid, 1906
26. Sojo y Batlle, F.: Del espíritu de la Cirugía contemporánea. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, - 1884.
27. Teruel Píera, S.: La Medicina en Valencia, 1841 - 1892. C.S.I.C., Madrid, 1974

Capítulo II - Orígenes de la Cirugía abdominal

1. Actas de las sesiones científicas celebradas en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, desde 1º de octubre de 1890 a junio de 1891
2. Actas de las sesiones científicas celebradas en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, desde 1893 a 1894
3. Anuario de la Clínica privada del Dr. Fargas. Año segundo y tercero. Barcelona, 1895
4. Arpal y Daina, F.: Primera ovariectomía practicada en Zaragoza. Zaragoza, 1887
5. Bonafonte, M.: "Laparotomías. Algunas complicaciones postoperatorias" (Revista Médica de Sevilla). Tomado de R.M.C.P.; 31: 319-321; 1907
6. Canto y Blasco.: Peligros de la cirugía actual. Discurso inaugural — del año 1891, en la Real Academia de Medicina de Valencia
7. Carceles Sabater, M.: "Histero-ovariotomía. Curación". R.M.C.P.; 17: 65-75; 1885
8. Carrillo Cubero, C.: La laparotomía, considerada como operación ginecológica. Discurso leído en la Academia Médico Quirúrgica Española en la sesión inaugural del curso académico de 1904-1905.
9. Cervera, E.: "Ovariectomía. Curación". R.M.C.P.; 23: 363-364; 1888

10. Cervera, E.: "Laparotomía exploradora". R.M.C.P.; 15: 143; 1891
11. Cospedal Tomé, A.: Deducciones del estudio de más de dos mil laparotomías. Discurso inaugural del año 1920 en la Real Academia de Medicina de Madrid.
12. Creus, J.: "Un caso de ovariectomía". El Siglo Médico; XXX: 139-141; - 1883
13. Durán: "Tratamiento de la peritonitis tuberculosa". Rev. de Ciencias Médicas de Barcelona; XIX: 313-316; 1893
14. Estape: "Caso clínico notable de peritonitis". (Revista de Medicina y Cirugía de Barcelona). Tomado de R.M.C.P.; 28: 385-387; 1904
15. Font Monteros: "Peritonitis aguda" (Revista Balear de Ciencias Médicas). Tomado de R.M.C.P.; 28: 267; 1904
16. García Andradás, A.: "Una ovariectomía con curación rápida". R.M.C.P.; 8: 395-400; 1883
17. García Camisón, L.: La anatomía en la Cirugía de urgencia. Discurso - de ingreso en la Real Academia de Medicina de Madrid 1906
18. Gutiérrez, E.: "Sobre las consecuencias de la pelvis-peritonitis". El Siglo Médico. XXX: 744-745; 1883
19. Isla y Bolomburu, E.: Textura y fisiología del peritoneo. Discurso de ingreso en la Real Academia de Madrid, 1908
20. Ledesma Casado, F.: "Peritonitis de origen gastro-intestinal". Curación. R.M.C.P.; 31: 616-626; 1892
21. Lepo Dunipe, A.: "Breves consideraciones acerca de la laparotomía exploradora". R.M.C.P.; 21: 489-493; 1897

Capítulo III - Cirugía gástrica.

1. Abad y Cantabrana, L.: "Gastro-entero-hepatitis crónica. perforación del estómago; peritonitis; muerte a los 30 días de enfermedad después de llevar diez años de padecer. Autopsia". B.M.C.F.; 166: 13-14; 1844
2. Abaytúa, N.: Deficiencia de la gastroenterostomía para la curación radical de la estenosis pilórica de los gastrosucorréicos". Madrid, 1908
3. Arquellada, A.: "Estudio de las estenosis congénitas del pfloro". El Siglo Médico. 57: 757; 1910
4. Barragán: Herida de navaja, situada a nivel del arco crural izquierdo interesando el estómago. Laparotomía. Gastrorrafia". R.M.C.P.; 28: — 187-193; 1903
5. Carrasco, J.: "Cáncer del estómago. Extirpación. Muerte a los diez meses". R.M.C.P.; 34: 249-59; 1910
6. Cervera, E. y Yagüe, L.: "Tres nuevas sorpresas quirúrgicas". Revista Ibero americana de ciencias médicas. VIII: 405-418; 1902
7. Bravo, J.: "Un caso de gastrostomía". R.M.C.P., 25: 220-223; 1901
8. Bravo y Coronado, J.: "Un caso de perforación de estómago por úlcera simple. Laparotomía. Curación". R.M.C.P., 27: 216-218; 1903

9. Gil, J.: "Herida penetrante del abdomen por arma de fuego con perforación del estómago". (La Medicina Castellana). Tomado de R.M.C.P., 10: 605-606; 1886
10. Góngora Tuñón, J.: "Indicaciones de la intervención quirúrgica en las afecciones del estómago". Anal. de Medicina; 2: 441-457; 1908
11. González, C.: "Hernias del estómago". R.M.C.P.; 36: 49-55; 1912
12. González Campo, J.: "Un caso de perforación gástrica". R.M.C.P.; 31: 185-188; 1907
13. González Campo, J.: La úlcera gástrica. Edit. Calleja; Madrid, 1921
14. Goyanes, J.: "Terapéutica de las estrecheces del esófago con exposición de un nuevo procedimiento, modificación del cateterismo sin fin de Von Hacker". Rev. Española de Laringología, Otología y Rinología; 1-2: 1-15; 1912
15. Goyanes, J.: "Diagnóstico y tratamiento de las estrecheces del cardias". El Siglo Médico; 73: 130-133; 1916
16. Goyanes, J.: "Origen y progreso de la cirugía gástrica en la época de la reforma antiséptica". Gaceta Médica Española; 30: 161-165; 1956
17. Guillén Llabrés, M.: "Historia de la gastrectomía". Barcelona Quirúrgica; XX: 233-240; 1976

18. Lara, A.: "Úlcera crónica latente del estómago perforada. Perigastri-
tis. Acceso subfrénico consecutivo". Rev. Ibero americana de ciencias
médicas; XXIX: 246-252; 1913
19. López Fanjul, C.: "Operación de Alvarez en un caso de úlcera gástrica.
Rebelde al tratamiento médico. Consideraciones". R.M.C.P., 37: 409- -
417; 1913
20. Lozano Monzón, R.: "Un caso de gastro-enterostomía. Operación". R.M.C
P.; 25: 433-437; 1901
21. Lozano Monzón, R.: La úlcera del estómago estudiada desde el punto de
vista quirúrgico. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina
de Zaragoza. 1903
22. Lozano Monzón, R.: "Cáncer del estómago. Terapéutica. Intervención —
quirúrgica y resultados. Un caso de extirpación (gastrectomía). Cura-
do". R.M.C.P.; 32: 431-435; 1908
23. Yagüe, L.: "Estenosis extrínsecas del píloro". Revista Ibero-Americana
de Ciencias Médicas; X: 411-430; 1903
24. Yagüe, L.: "Tratamiento quirúrgico de la úlcera de estómago". Revista
Ibero Americana de Ciencias Médicas; XXIV: 94; 1910
25. Yagüe, L.: "Indicaciones del tratamiento quirúrgico en la úlcera cró-
nica del estómago no complicada". Tercer Congreso español de Cirugía.
Madrid, 1910

26. Madinaveitia, J.: "Perforación gástrica o intestinal". R.M.C.P.; 26: - 129-135; 1902
27. Margarit, F.: "Casos de heridas del estómago". La Independencia Médica XXVIII: 584-585; 1893
28. Marín Perujo, A.: "Algo sobre el tratamiento quirúrgico de la úlcera - de estómago". R.M.C.P.; 26: 293-300; 1902
29. Marín Perujo, A.: "Sobre la extirpación del estómago por cáncer". R.M.C.P.; 5-8; 1903
30. Martínez, F.: "Curación de una herida penetrante de vientre, con even-tración y rotura del estómago, habida en un suicidio frustrado". (El Si-glo Médico). Tomada de R.M.C.P.: 182-184; 1899
31. Morales Pérez, A.: "Herida del estómago. Laparotomía a las dieciseis - horas después del accidente. Curación". R.M.C.P.; 30: 401-405; 1906
32. Mariani, J.M.: "Resumen de algunos casos de ovariectomía practicados en España en el último año". R.M.C.P.; 8: 304-312; 1883. Ibid, 8: 355-362; 1883
33. Mariani, J.M.: "Una ovariectomía". R.M.C.P.; 7: 489-493; 1884. Ibid, 8: 14-19; 1884. Ibid, 8: 105-110; 1884
34. Mariani, J.M.: "La cirugía abdominal". R.M.C.P.; 9: 569-574; 1885
35. Mariani, J.M.: "Dificultades del diagnóstico en las enfermedades del ab-domen". R.C.M.P.; 24: 441-449; 1900

36. Martín Gil, R.: "Irrigación continua del recto en las peritonitis agudas". R.M.C.P.; 32: 49-51; 1908
37. Martínez Cerecedo: "Dos laparotomías instructivas". (Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas). Tomado de R.M.C.P.; 26: 299-302; 1902
38. Mesa Moles, F.: "Un caso de cirugía abdominal" (Boletín Médico Escolar). Tomado de R.M.C.P.; 25: 28-35; 1901
39. Morales Pérez, A.: Tratado de Operatoria Quirúrgica. Barcelona, 1881
40. Pinos, M.: "Laparotomía por tumor intra abdominal de diagnóstico dudoso. Curación". (La Región Médico-Farmacéutica Vasco-Navarra). Tomado de R.M.C.P.; 19: 382-383; 1895
41. Olivan Sanz, E.: Discurso leído en la sesión inaugural de año académico de 1889 a 1890 en la Sociedad Ginecológica Española.
42. Ortiz de la Torre, J.: "Quistes quillosos intraparietales del vientre". Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas; III: 202-209; 1900
43. Rusca, F.: "Contribución al tratamiento de la peritonitis aguda generalizada". Revista de Ciencias Médicas de Barcelona, 27: 161-167; 1901
44. San Martín, A.: "Acción de los proyectiles pequeños en las cavidades orgánicas". R.M.C.P. 20: 371; 1887
45. Sánchez Toca, M.: "Observación de una extirpación de una porción de la vejiga de la orina, de gran parte de la vagina y de casi la totalidad de la matriz afectada de cáncer". B.M.C.F.; 90: 77-80; 1876

46. Serra y Bennasar: "Tratamiento de la peritonitis tuberculosa por medio de la paracentesis seguida de la inyección de aire en la cavidad abdominal". Revista de Ciencias Médicas de Barcelona, 8: 165-177; — 1897
47. Nussbaum, J.N.: "Sobre la esterotomía, la gastrotomía y el desagüe - del hígado". El Siglo Médico; XXXIV; 515-519; 1987
48. Ollo y Maiz: "Fístula gástrica consecutiva a una úlcera redonda" (Boletín de Medicina y Cirugía de Santiago). Tomado de R.M.C.P., 272- - 275; 1900
49. Ribas y Perdigó, M.: Diagnóstico y tratamiento de la gastroectasia.- Monografía, 1892
50. Ribas y Ribas, E.: "Algo sobre el estado actual de la Cirugía gástrica" Revista de Ciencias Médicas de Barcelona; 29: 278-283; 1903
51. Serret, R.: "Otro caso de gastrotomía". El Siglo Médico; XXIII: 748; 1876
52. Slocker, E.: "La perigastritis ante la gastroenteroanastomosis". Rev. Ibero Americana de Ciencias Médicas; XXV: 164-171; 1911
53. Skoryna: La úlcera péptica. Edit. Toray; Barcelona, 1977
54. Tarruella, J.: "La intervención quirúrgica en los procesos gástricos" Revista de Medicina y Cirugía de Barcelona; XV: 193; 1901

55. Usobiaga, E.: "Historia del cáncer gástrico". Revista Española Enfermedades Aparato Digestivo, 30: 226-236; 1970

56. Valdivieso, A.: "Herida penetrante de vientre. Idem. del estómago. — Gastrorrafia. Tratamiento. Curación". (El Jurado Médico Farmacéutico) Tomado de R.M.C.P., 378; 1882

57. Woodward, W. "Brief history of peptic ulcer surgery". The Australian and New Zealand Journal of Surgery. 28: 81-95; 1958

Capítulo IV - Cirugía intestinal

1. Alonso y Rubio, F.: "Caso notable de hernia inguinal antigua estrangulada, operada con el más brillante resultado". El Siglo Médico; XII:-589; 246; 1865
2. Barragán: "Apendicitis suturada, absceso ilíaco consecutivo, laparotomía. Curación". R.M.C.P.; 28: 519; 1903
3. Barragán: Apendicitis supurada. Apendicectomía. Curación". R.M.C.P. - 27: 518; 1903
4. Bercero: Tratamiento de las hernias y consejos a los que las padecen. Madrid, 1907
5. Berrueco: "Heridas por asta de toro" (El Dictamen). R.M.C.P., 11: 538 1887
6. Blanc Fortacin, J.: "Obstrucciones y pseudo obstrucciones intestinales". R.M.C.P., 26: 161-170; 1912
7. Bonfilio Garriga: "Inflamación de una hernia crural estrangulada. Gangrena del saco, ano artificial, fístula estércoracea consecutiva. Curación". Gaceta Médica Catalana; XIV: 164; 1891
8. Bravo, A.: "Un caso de oclusión intestinal, por estrangulación interna, curado por laparotomía". R.M.C.P. 25: 374-376; 1901

9. C.: "Más sobre la cirugía en la oclusión intestinal". El Siglo Médico XXIV: 824-827; 1877

10. Cabañas, C.: "Algunas prácticas perniciosas en el tratamiento de las hernias estranguladas". (Gaceta Médica del Norte). R.M.C.P. 23: 302-304; 1899

11. Calpena: "Historia de un cólico intestinal, seguido de una enteritis que después se hizo adinámica. Curación". B.M.C.F.; 252; 337-340; — 1850

12. Cantón, A.: "Perforación intestinal. Fístula intestinal-cutánea: Curación". (La Correspondencia Médica). Tomado de R.M.C.P.; 22: 196; 1898

13. Cardenal, E.: Manual Práctico de cirugía antiséptica. Barcelona, 1894

14. Castillo y Domper, J.: La apendicitis. Estudio acerca de esta grave enfermedad. Sus complicaciones y curación. 1900

15. Cobos y Ordoñez, E.: "Hernia crural estrangulada complicada con vólvulo". R.M.C.P.; 34: 369-373; 1910

16. Codina Castellvi.: "Herida penetrante del abdomen en una embarazada.— Herida del útero. Laparotomía, curación". La Independencia Médica; — XXX: 255; 1895

17. Davalos, M.: "Herida penetrante de vientre con síntomas de ofensa de los intestinos curada por adhesión inmediata, en siete días". B.M.C.F 110: 11-12-; 1843

18. Dechant, M.: "Herida de los intestinos (plan curativo de M. Jobert)". B.M.C.F., 78; 1842
19. Engstrom, O.: "Dos casos de apendicitis tratados con el amasamiento". Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas; IX: 250-252; 1904
20. Esquerdo, A.: "Algo sobre la actualidad del tratamiento quirúrgico de la apendicitis". Revista de Medicina y Cirugía de Barcelona, XVI: 513-518; 1902
21. Esquerdo, A.: "Hernias y Apendicitis". Revista de Medicina y Cirugía de Barcelona, 8: 537-344; 1905
22. Esquerdo, A.: "Apendicitis o salpingitis?". R.M.C.P., 31: 5-9; 1907
23. Esbri, M.: "Un caso de obstrucción intestinal". El Siglo Médico; 54: 568; 1907
24. Fernández Abril: "Herida penetrante del abdomen con hernia de todo el paquete intestinal y sección transversal casi completo del colon" (El genio médico quirúrgico). Tomado de R.M.C.P., 22: 264; 1888
25. Fernández Abril: "Hernia estrangulada con un sujeto estéril. Herniotomía. Curación. Fecundidad". (Genio Médico Quirúrgico). Tomado de R.M.C.P., 12: 95; 1888
26. Ferrer y Baonza: "Peritonitis apendicular". R.C.M.P.; 25: 403-406; — 1901

27. Flores Estrada: "Boceto de dificultades terapéuticas en la oclusión intestinal". R.M.C.P., 35: 41-47; 1911
28. Fraile, M.: "Hernia estrangulada. Herniotomía. Curación". (Medicina y Farmacia de Burgos). Tomado de R.M.C.P.; 17: 96; 1893
29. García Mansilla, S.: "Dos casos de perforación del intestino ciego, seguidos de curación". Revista Clínica de los Hospitales; XXX: 49-55; — 1891
30. García del Real, E.: "Un caso de apendicitis aguda con peritonitis parcial, terminada por resolución". R.M.C.P., 37: 14-20; 1895
31. Garrija y Puig: "Absceso ilíaco abierto primitivamente en la cavidad intestinal" (Gaceta Médica Catalana). Tomado de R.M.C.P., 9: 638; 1885
32. Garriga, B.: "Notas clínicas sobre apendicitis". Revista de Ciencias Médicas de Barcelona; 3: 101-106; 1904
33. Gómez Fernández, F.: "Cirugía de urgencia en la práctica rural. Dos observaciones de hernia estrangulada, quelotomía y cura radical. Curación". R.M.C.P., 32: 452-455; 1908
34. Gómez de la Mata, F.: Apuntes sobre el tratamiento radical de las hernias. Madrid, 1884
35. Góngora, M.: "Hernia umbilical producida quizás por una pequeña invaginación intestinal próxima al saco herniario: curación con los antiflogísticos, calmantes y purgantes". B.M.C.F., 140: 283-284; 1848

36. González Castro, J.: "Apendicitis terminada y curada por flemón hipogástrico". El Siglo Médico, 54: 60; 1907
37. González del Valle, G.: "Un caso de hernia epigástrica". El Siglo Médico; 51: 527; 1904
38. Goyanes Cedrón, V.: Suturas intestinales, aplicación del botón de Murphy y sus modificaciones. Tesis Doctoral. Santiago, 1897
39. Grazia y Alvarez, A.: "Hernias consideradas como irreductibles". El - Siglo Médico; IX. 421; 1862
40. Grazia y Alvarez, A.: "Hernia inguinal del lado derecho". El Siglo Médico; IX. 710; 1862
41. Lázaro, F.: "Un caso de apendicitis" (Medicina y Farmacia de Burgos). Tomado de R.M.C.P., 24: 261-263; 1900
42. Ledó Dunipe, A.: "Modificación del botón de Murphy. Su importancia como intervención en la cirugía intestinal". R.M.C.P., 37: 447-455; 1895
43. López, G.: "Herida de asta de toro penetrante de vientre con desgarro intestinal. Laparotomía. Curación". La Independencia Médica, XXXV: — 133-136; 1900
44. Losón y Dalama, J.: "Herida penetrante con lesiones muy graves del — intestino delgado. Curación". El Siglo Médico; 51: 446-447; 1904

45. Lozano, P.: "Invaginación intestinal en los niños". Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas; 22: 161-165; 1909
46. Lupiañez, G.: "Enclavamiento de un enterolito en el apéndice vermicular del ciego. Apendicitis y peritiflitis consecutivas. Flemón pelviano. Error de diagnóstico". (Revista Médica, Sevilla). Tomado de R.M.C.P.; 19: 608; 1895
47. Madinaveitia, J.: "Un caso de perforación intestinal sin dolor", R.M.C.P.; 30: 81-83; 1906
48. Malgaigne: "Nueva doctrina sobre las estrangulaciones herniarias". B.M.C.F.; 4: 99-102; 1843
49. Mariani, J.M.: "Tres casos de estrangulación herniaria y tres de oclusión intestinal". R.M.C.P.; 9: 449-456; 1887
50. Martín Gil, R.: "Estrangulación interna de una hernia inguinal derecha" (Gaceta Médica Catalana). Tomado de R.M.C.P.; 20: 64; 1896
51. Martín Gil, R.: "Apendicostomía". R.M.C.P.; 30: 201-204; 1906
52. Martínez Esteras: "Atascamiento intestinal por huesos de cereza". (El Siglo Médico). Tomado de R.M.C.P.; 8: 417; 1884
53. Martínez Vargas: "Apendicitis de una niña y algunas deducciones prácticas". (Medicina de los Niños de Barcelona). Tomada de R.M.C.P.; 28: 106-109; 1891

54. Más: "Hernias estranguladas y cura radical de la hernia". R.M.C.P.; 15 542-543; 1891
55. Molina, M.: "Apendicitis supurada. Terminación espontánea. Curación". - (La correspondencia Médica). Tomado de R.M.C.P.; 19: 422; 1895
56. Montaña Santamaría, F.: "Juicio crítico acerca del tratamiento de la - apendicitis". El Siglo Médico; 58: 116; 1911. Ibid. 58: 323; 1911. - - Ibid. 59: 232; 1912. Ibid. 59: 390; 1912
57. Morales Pérez: Tratado de operatoria quirúrgica. Barcelona, 1881, pág. 408-414.
58. Morales Pérez: "Oportunidad de la quelotomía en las hernias estranguladas". Revista de Ciencias Médicas de Barcelona; XVI: 705-709; 1890
59. Morales Pérez: "Tres enfermos con hernias inguinales estranguladas curados sin quelotomía". El Siglo Médico, 51: 330-332; 1904
60. Ortiz de la Torre, J.: "Las indicaciones operatorias en la apendicitis". Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas; XVII: 32-45; 1907
61. Panizo, M.: "Dos casos de hernia crural estrangulada" (Revista Médica de Sevilla). Tomado de R.M.C.P.; 29: 139-141; 1905
62. Pascual, P.: "Caso notable de peritonitis aguda. Absceso abdominal consecutivo. Curación". El Siglo Médico, XXIV: 24-27; 1877

63. Pazo y Fernández Calvo, J.: "Flemón y absceso ilíaco con perforación intestinal" (Gaceta Médica de Granada). Tomado de R.M.C.P.; 8: 278—280; 1884

64. Pazós: "Herida penetrante de vientre con salida de una gran porción — de intestinos y mesenterio; complicación con una peritonitis traumática, curación completa con el uso de las fricciones mercuriales". — B.M.C.F.; 47: 375-377; 1846.

65. Población y Fernández, A.: Sobre el origen y vicisitudes de la terapéutica que han usado los cirujanos españoles en las heridas por arma de fuego. Memoria premiada por la Real Academia de Medicina de Madrid en el año 1862.

66. Raventós, A.: "Cassos d'apendicitis". Anal. de Medecina: IV; 630, — — 1910.

67. Raventós, A.: "De un signe limit de la conservació del intestí en els casos dupstos de grangrena en les hernies estrangulades". Actes del Primer Congrés dels metges de llengua catalana. Barcelona, 1913

68. Rubio, F.: "De las suturas como medio de terapéutica operatoria". El Siglo Médico; XXVII: 788-793; 1880

69. Rubio, F.: "Notas clínicas sobre el tratamiento de la astringencia de — vientre". El Siglo Médico; XXIX: 118-120; 1882

70. Rusca, F.: "La inyección intravenosa aplicada al tratamiento de las — infecciones peritoneales". Revista de Ciencias Médicas de Barcelona; XXV: 640-651; 1899

71. Rusca, F.: "Contribución al tratamiento de la peritonitis aguda generalizada". Revista de Ciencias Médicas de Barcelona; XXVII; 160-167; - - 1901
72. San Millán: "La taxis en las hernias estranguladas". R.M.C.P.; 16: 195 197; 1892
73. "¿Tiflitis o apendicitis? ¿Se purga o no?". El Siglo Médico; 51: 619 - 621; 1904
74. Slocker: "Un caso de herida penetrante de vientre". R.M.C.P.; 30: 140-142; 1906
75. Torres, B.: "Hernia estrangulada curada a beneficio de un nuevo procedimiento". El Siglo Médico; XX: 452-454; 1873
76. Treves, F.: "Resecciones parciales del intestino"; R.M.C.P.; 12: 186;- 1886
77. Vega, J.: "Herida de asta de toro con eventración del intestino". (El Siglo Médico). citado por R.M.C.P.; 14: 608; 1890
78. Vivent, L.: "Estrangulación interna; Laparotomía seguida de curación" (Archivos de ginecopatía, ostetricia y pediatría de Barcelona). Tomado de R.M.C.P.; 24: 394, 397; 1900.
79. Villa, J.: "Sutura intestinal por el procedimiento de Schmiedem". El Siglo Médico; 58: 636; 1911

Capítulo V - Cirugía ano-rectal

1. Alarcón y Salcedo, J.: Manual de afectos externos. Arreglados a las explicaciones del Dr. Diego de Argumosa. Madrid, 1842
2. Castillo-Quartiellerz, R.: Sutura elástica. Imprenda del Diario de — Córdoba, 1889
3. Cifuentes Díaz, P.: "La intervención quirúrgica en las fistulas del — ano. Su tratamiento por la extirpación del trayecto fistuloso". El Siglo Médico; 54: 786-791; 1907
4. Creus y Manso, J.: Historias de clínicas quirúrgica. Madrid, 1877
5. Esquerdo, A.: "Fistula de ano abandonada". R.M.C.P.; 2: 209; 1888
6. Esquerdo, A.: "Algunas consideraciones sobre la fisura del ano". Re— vista de Ciencias Médicas de Barcelona, Sección azul, pág. 3, 1896
7. Isac, V.: "De los grandes abscesos junto al intestino recto". B.M.C.F 74: 174-175; 1852; ibid. 75: 181-182; 1852
8. Lozano, P.: "Poliposis rectal". Revista Iberoamericana de Ciencias Mé— dicas; XXXI: 3-5; 1914
9. Luque J.: "Cuerpo extraño introducido en un intestino recto. Caso ra— ro observado en el Hospital General, sala de San Nicolás". El Siglo — Médico; X: 133-135; 1863.

10. Madrazo, E.: "Rectotomía interna". La Independencia Médica; 28: 346—348; 1887
11. Martínez Suárez: "Hemorroides. Un nuevo método de tratamiento". Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas; XXXI: 289-291; 1914
12. Medina y Estevez: "Estrechez del intestino recto sin escreción de material alguno y retención completa de orina por espacio de nueve meses". B.M.C.F.; 262: 396-398; 1845
13. Meseguer Lacruz: "La brea en el tratamiento de las hemorroides". R.M.C.P.; 18: 243-247; 1894
14. Morales Pérez: "Papiloma del ano y periné. Extirpación del tumor". R.M.C.P.; 12: 527; 1883
15. P.: "Atresia de ano por ausencia de recto". La Independencia Médica:—XXX: 303-305; 1895
16. Paniagua, L.: "Grieta del esfínter de ano". B.M.C.F.; 234: 197-199; —1850
17. Pator, M.: "Dos palabras con aplicación a la sintomatología y terapéutica quirúrgicas de las fistulas de ano". El Siglo Médico; VIII: 305-306; 1861
18. Ribera: "Operación de las fistulas de ano en los tuberculosos". R.M.C.P.; 18: 268; 1866

19. Roche, Ch. y Sansón, L.: Nuevos elementos de patología médico-quirúrgica, Tomo IV; Madrid, 1828
20. Rubio, F.: "De por qué y cómo usamos el fuego en terapéutica quirúrgica". El Siglo Médico; XXVIII: 294-297; 1881
21. "De la cauterización lineal de las hemorroides con el hierro candente" El Siglo Médico; XVII: 537-539; 1870
22. Soler: "Un cálculo intestinal contenido en una fistula de ano". El Siglo Médico; XI: 438-439; 1864
23. Sáenz Quintanilla: "Fistula completa de ano y úlcera fistulosa; curación, la primera por medio de la incisión y la segunda con el uso de la tintura de yodo". B.M.C.F.; 148; 348; 1853
24. Trelles: "Casos de imperforación del intestino recto". B.C.M.F.; 82:- 246; 1847

Capítulo VI - Instrumental quirúrgico, original de nuestros cirujanos, relacionado con la cirugía gastrointestinal.

1. Actas de la sesión de 10 de febrero de 1897, celebrada en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.
2. Martín Gil, R.: "Nuevo sillón-camilla para reconocimientos ginecológicos y operaciones quirúrgicas". Gaceta Médica Catalana; 5-16; - - 1890
3. Martín Gil, R.: Dos nuevos clamps para las operaciones del abdomen. Imprenta de Amat y Martínez, Barcelona, 1892
4. Martín Gil, R.: "Mesa de operaciones". Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas, II: 433-440; 1899
5. Sentiñón, G.: "Instrumentos asépticos". Gaceta Médico Catalana; 175 179; 1887



Capítulo VII - Datos biográficos de los creadores de la Cl
rugia gastro-intestinal en España.

La bibliografía de este capítulo fue reseñada en cada biografía.